

56.1

3-17

Зайкание



под редакцией
Н.А. Власовой,
К.П. Беккера.

94
95



97
95

32

ЧИТАЛЬНЫЙ
ЗАЛ

Заикание

издание 2-е переработанное
и дополненное

Под редакцией
проф. Н. А. ВЛАСОВОЙ (СССР),
проф. К.-П. БЕККЕРА (ГДР)

ПОГАСЕНО



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1983

ББК

3-17

УДК 616.89-008.434.35

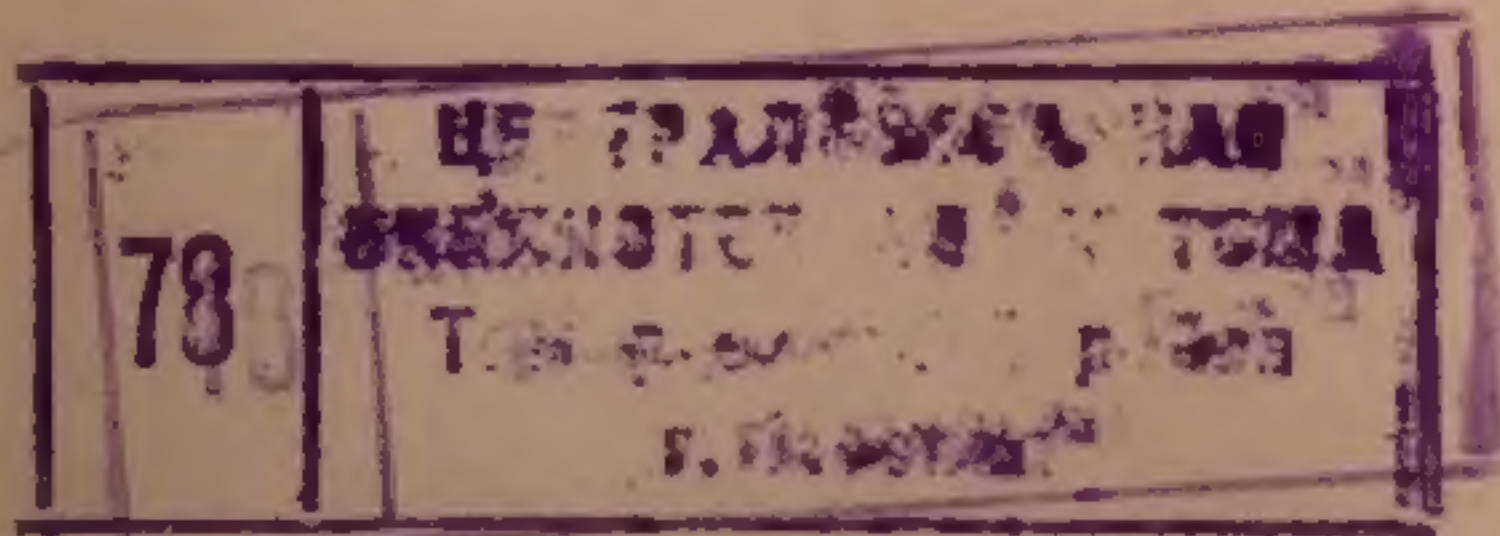
Заикание/Под ред. Н. А. ВЛАСОВОЙ (СССР), К.-П. БЕККЕРА (ГДР). Совместное издание СССР — ГДР. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1983. — 256 с., ил.

В монографии изложены результаты совместной работы ученых СССР и ГДР над проблемой заикания. Обобщен опыт работы логопедов, психиатров, физиологов и психологов, что позволило выработать определенное воззрение на клинику, патогенез и терапию заикания. Приведены дифференцированные приемы терапии с учетом клинических форм заикания и возрастных особенностей. Изложены основные принципы медико-педагогического метода: ранняя помощь при заикании, логопедическая работа, медикаментозное лечение, психотерапевтические приемы.

Для педиатров, педагогов-логопедов, психиатров и психологов.

В книге 14 таблиц, 23 рисунка, библиография — 149 названий.

Рецензент — доктор медицинских наук, профессор В. В. Ковалев



3 4124030600—163
039(01)—83 219—83

© Издательство «Медицина» 1978
© Издательство «Медицина» 1983

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	
Предисловие к первому изданию	
Введение	
Глава 1. К истории проблемы заикания. <i>Н. А. Власова, СССР, К.-П. Беккер, ГДР</i>	
Глава 2. Этиология заикания. <i>Н. А. Власова, К.-П. Беккер, ГДР, Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, В. Г. Казаков, СССР</i>	38
Глава 3. Патологические механизмы заикания. <i>Л. И. Белякова, СССР</i>	52
Глава 4. Симптоматика и течение заикания. Основные принципы медико-педагогического метода лечения заикания. <i>К.-П. Беккер, ГДР, Н. А. Власова, Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, В. Г. Казаков, СССР</i>	92
Глава 5. Комплексный метод лечения заикания у детей дошкольного возраста в условиях дневных стационаров и специальных детских садов. <i>Н. А. Власова, СССР</i>	100
Глава 6. Комплексный метод устранения заикания у детей школьного возраста. <i>К.-П. Беккер, ГДР</i>	130
Глава 7. Опыт изучения влияния отдельных факторов на эффективность лечения заикания у школьников. <i>В. Хей, ГДР</i>	165
Глава 8. Заикание у взрослых. <i>Н. М. Асатиани, СССР</i>	180
Глава 9. Катамнез. <i>В. Г. Казаков, СССР</i>	221
Глава 10. Профилактика заикания. <i>Н. А. Власова, СССР</i>	242
Список литературы	249

ЗАИКАНИЕ

Зав. редакцией *В. С. Залевский*
 Редактор издательства *Н. Н. Павлова*
 Художественный редактор *О. С. Шанецкий*
 Технический редактор *А. М. Миронова*
 Корректор *Т. В. Ульянова*

ИБ № 3165

Сдано в набор 17.09.82. Подписано к печати 16.12.82. Т-15802. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бум. тип. № 1. Литер. гарн. Печать высокая. Усл. печ. л. 13,44. Усл. кр.-отт. 13,44. Уч.-изд. л. 15,98. Тираж 20 000 экз. Заказ 541. Цена 1 р. 30 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петровский пер., 6/8.

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113109. Нагатинская ул., д. 1.

БЕККЕРА
б. и доп. —

оты ученых
оты логопе-
выработать
заикания.
клинических
овные прин-
заикании,
апевтические

хологов.
названий.

Ковалев

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

СССР

АСАТИАНИ Н. М.

— профессор, докт. мед. наук, зав. Лабораторией патологии функциональных и других видов речи при Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства здравоохранения СССР, Москва

БЕЛЯКОВА Л. И.

— канд. мед. наук, зав. кафедрой логопедии Московского государственного педагогического института им. В. И. Ленина, Москва

ВЛАСОВА Н. А.

— профессор, докт. мед. наук, старший научный сотрудник Лаборатории функциональных и других видов патологии речи при Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства здравоохранения СССР, Москва

КАЗАКОВ В. Г.

— канд. мед. наук, старший научный сотрудник Лаборатории функциональных и других видов патологии речи при Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства здравоохранения СССР, Москва

ГДР

БЕККЕР К.-П.

— профессор, д-р педагогических наук, член-корр. Берлинской академии наук, профессор ф-та Реабилитационной педагогики и директор секции Реабилитационной педагогики и науки о коммуникации Университета им. Гумбольдта, Берлин

ХЕЙ В.

— заведующий отделением клинической психологии в Областной неврологической и психиатрической клинике, Берлин

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Со времени выхода в свет первого издания книги «Заикание» прошло 5 лет. Книга получила хорошие отзывы, свидетельствующие о необходимости ее нового издания. Авторами это выполнено. Содержание и построение второго издания книги «Заикание» близко к первому. Что же изменилось?

Во-первых, устранены ошибки, которые, к сожалению, были допущены при переводе первой книги; во-вторых, учтены замечания критиков и рецензентов; в-третьих, в книге отражены научные достижения за последние 5 лет, полученные в институтах, в которых работают авторы. Это относится к материалам по истории изучения заикания, к данным о различном течении заикания у детей с органическими повреждениями мозга и без них. В русское издание в полном объеме был включен материал по исследованию этиологических факторов заикания, полученных при статистическом анализе так называемых резистентных форм заикания. Кроме того, приведены данные новых катамнестических исследований. Катамнез имеет неоценимые преимущества по сравнению с теоретическими концепциями, так как критерием истины является практика. По данным катамнеза оценивается правильность избранного метода лечения и пути к его улучшению.

Авторы надеются, что второе издание книги поможет логопедам, врачам-психологам и студентам лучше понять как проблему заикания, так и эффективные мероприятия по реабилитации заикающихся. Авторы будут благодарны за критические замечания, так как мнение читателей будет способствовать дальнейшему развитию изучения проблемы заикания.

Авторы считают своим долгом принести глубокую благодарность издательству, взявшему на себя большой труд по изданию монографии, врачу А. А. Мокровской, логопе-

дам Е. А. Михайловой, Т. Н. Рязановой, М. М. Жислиной, Г. И. Поляковой и М. Е. Родиной за предоставленные истории болезни, а также всем тем, кто оказывал помощь в написании книги.

Проф. Н. А. Власова

Проф. К.-П. Беккер

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Данная работа является результатом многолетнего совместного изучения проблемы заикания учеными СССР и ГДР. В литературе имеется немало исследований, посвященных данной проблеме. Это объясняется частотой возникновения заикания в детском возрасте, его неблагоприятным влиянием на развитие личности ребенка, нестойкостью результатов лечения у многих взрослых больных. Различные специалисты предпринимали многочисленные попытки изучения причин и сущности заикания.

Общие цели и стремления, единые методологические установки способствуют обмену опытом между учеными социалистических стран. Настоящая работа явилась результатом такого совместного труда логопедов, психиатров, психологов и физиологов. Книга предназначена для педагогов-логопедов, врачей-педиатров, психиатров, невропатологов, психологов; книга может быть полезной студентам, изучающим логопедию. Авторы включили в текст книги примеры поисковых исследований. Это несомненно привлечет внимание студентов к методам исследований для дальнейшего более глубокого изучения проблемы заикания.

Практические задачи требуют отдельного освещения особенностей логотерапевтической работы с заикающимися детьми (дошкольниками, школьниками), а также со взрослыми. Это нашло отражение в построении монографии, но сделало неизбежным некоторое повторение материалов. Монография не претендует на всеобъемлющее изложение темы, однако, принцип исторического и логопедического единства в ней не нарушен. Авторы ориентировались на современные научные и практические достижения в изучении проблемы заикания.

Настоящая монография является результатом первой попытки авторов по нашей инициативе провести междис-

циплинарное и двустороннее обсуждение проблемы заикания. Несмотря на большую работу, связанную с переводом и редактированием монографии, некоторые расхождения в тексте русского и немецкого изданий неизбежны. Однако авторы надеются, что это обстоятельство не окажет отрицательного влияния на понимание и содержание настоящей работы.

Авторы считают своим долгом принести глубокую благодарность издательствам, взявшим на себя большой труд по изданию монографии, врачам Л. А. Мокровской и В. Г. Казакову, логопедам Е. А. Михайловой и Т. Н. Рязановой за предоставленные истории болезни, а также всем тем, кто оказывал нам помощь.

Проф. Н. А. Власова Проф. д-р наук К.-П. Беккер

Заика
тельно пр
зуется ра
сивной ре
кативной
Заика
закончен
или заик
вторично
щего при
мозга тра
гого гене
Эволю
физиолог
мировани
обычно в
денцию
оказывае
личности
реактивн
клиничес
ростков
Инте
ность, о
работка
лечение
научных
гия, физ
ны, де
на ранн
В ра
не заве
для воз

ВВЕДЕНИЕ

Заикание является одним из наиболее сложных и длительно протекающих речевых нарушений. Оно характеризуется расстройством темпа, ритма и плавности экспрессивной речи с преимущественным поражением ее коммуникативной функции.

Заикание, начавшееся в раннем детстве, в периоде незаконченного формирования речи, называют эволюционным, или заиканием развития, в отличие от симптоматического, вторичного заикания (как правило у взрослых), возникающего при различных органических заболеваниях головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного и другого генеза, а также при острых эффектах при истерии.

Эволюционное заикание следует также отграничивать от физиологических итераций, характерных для периода формирования речи. Эволюционное заикание, возникающее обычно в период становления речевой функции, имеет тенденцию к затяжному течению, что в свою очередь нередко оказывает неблагоприятное воздействие на формирование личности ребенка и способствует развитию хронических реактивных состояний. Доказательством этого является клиническая картина затяжного течения заикания у подростков и взрослых.

Интерес к лечению заикания имеет многовековую давность, однако только в XIX столетии началась научная разработка этой проблемы. Изучением, предупреждением и лечением заикания стали заниматься специалисты таких научных дисциплин, как психиатрия, логопедия, психология, физиология и др. Большая заслуга принадлежит ученым, доказавшим необходимость лечения этого страдания на ранних этапах его возникновения, т. е. в раннем детстве.

В раннем детском возрасте, когда развитие речи еще не завершено, любая вредность может послужить толчком для возникновения речевых расстройств и, в частности,

заикания. Заикание особенно легко возникает на фоне явлений дислаллии и задержанного речевого развития.

Необходимо отметить, что современный взгляд на заикание, как в педагогике, так и в медицине, не ограничивается рассмотрением его как изолированного речевого расстройства. Многогранность сущности заикания признают все авторы, ибо доказано, что заикание отражается на многих сторонах развития личности заикающегося.

Среди мероприятий, направленных на устранение заикания, получил распространение комплексный медико-педагогический метод, разработанный совместно врачами и логопедами.

Задачей комплексного медико-педагогического метода является перевоспитание не только речи заикающегося, но и всей его личности при обязательном условии нормализации нервно-соматических процессов, а также лечения основного нервно-психического заболевания, если оно сопровождается заиканием. Лечение взрослых больных более сложно и во многих случаях требует реабилитационных мероприятий, применяемых к больным с так называемыми пограничными нервно-психическими расстройствами.

В настоящей монографии авторы рассматривают различные аспекты проблемы заикания с позиций сравнительно-возрастного изучения для изыскания путей его эффективно-го лечения и предупреждения.

Тру
ком пр
больш
простр
постоя
ков р
посвящ
меров.
вать о
которь
ния со
В н
ный ф
теории
Ма
научно
Октяб
СССР
ны и
ется л
научно
Со
вания
сложн
бенно
Причи
сил, с
ласти
к обр

Глава 1 К ИСТОРИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАИКАНИЯ

Изучение заикания с конца XIX — начала XX века

Труды по вопросам заикания встречаются уже в далеком прошлом. Это страдание заметно окружающим, имеет большое социальное значение, относительно широкую распространенность и трудноизлечимо. Проблема заикания постоянно занимала умы ученых и практических работников различных специальностей. Число печатных работ, посвященных этому вопросу, возросло до невероятных размеров. Мы попытаемся охарактеризовать и классифицировать основные принципы различных теорий и концепций, которые имеют значение и в настоящее время для построения современного комплексного метода лечения.

В конце XIX века был заложен общественный и научный фундамент, на котором основываются современные теории заикания.

Материалы данной главы ограничиваются описанием научного развития проблемы заикания в России до Великой Октябрьской социалистической революции, а затем в СССР, а также в Германии до конца второй мировой войны и после нее — в ГДР. Опыт других стран рассматривается лишь относительно влияния, которое он оказал на научное развитие проблемы заикания в СССР и ГДР.

Социальные предпосылки для начала научного обоснования изучения проблемы заикания, а также лечения его сложились в Европе во второй половине XIX века, в особенности во Франции, Германии, России и Австро-Венгрии. Причиной этого явилось бурное развитие производительных сил, с которыми был связан значительный прогресс в области развития естественных наук. Повысились требования к образованию рабочих, стало увеличиваться число так

называемых речевых профессий. В положении о пригодности к военной службе все чаще стали включать владение плавной речью.

Значительный интерес для нас представляют работы врачей: Schrank («Заикание как кортикальное заболевание головного мозга», 1877), Kussmaul («Нарушение речи», 1877), И. А. Сикорского («О заикании», русское издание 1889 г., немецкое издание 1898 г.), Н. Gutzmann («Заикание», 1898), В. Ф. Хмелевского («Заикание, его сущность, причины, предупреждение и лечение», 1897).

Большие заслуги в разработке проблемы заикания принадлежат педагогу А. Gutzmann («Заикание и его надежное устранение методически разработанным и проверенным на практике способом», 1879).

В то время медицинская мысль находилась под сильным влиянием открытий в области топографии и функций мозговой коры, принадлежащих Dax (1836), Broca (1861), Wernicke (1874). Врачи Kussmaul, И. А. Сикорский, Н. Gutzmann, основываясь на господствовавшей в те годы теории локализации функций, искали источник заикания — очаг поражения в головном мозге. Мы не располагаем точными сведениями о том, выделяли ли эти авторы органические патологические нарушения или имели в виду только функциональные.

Во всяком случае свои предположения эти ученые основывали на патофизиологии определенных функций мозга. Так, Kussmaul говорил о спастическом координационном неврозе. Различия в мнениях Kussmaul, Н. Gutzmann, с одной стороны, Schrank, И. А. Сикорским (1889) — с другой, имеются лишь относительно локализации центральных механизмов заикания. Первые предполагали существование силлабического центра с постоянно рвущейся связью, а вторые считали причиной заикания патологию моторных речевых центров в целом. Примечательно утверждение Schrank о том, что заикание является неврозом, порожденным страхом и насилием. Н. Gutzmann не соглашался с этим мнением, считая, что психические симптомы, если таковые вообще есть, бывают только вторичными. В вопросе локализации заикания Н. Gutzmann придерживался мнения И. А. Сикорского и считал, что «...могут быть поражены различные стороны центральных механизмов речи» (1898). Это предположение заслуживает внимания. Н. Gutzmann пытался объединить открытия в области физиологии и психологии речи. При этом он сделал предположение, что структуры, образующие моторный центр речи, формируются

лишь после рождения. «Таким образом, эти центры являются ни чем иным, как продуктами жизни... путем вмешательства можно как бы заново построить данные центры» (1898). Высказываясь таким образом, Н. Gutzmann встает на материалистические позиции в оценке речи как явления общественного. Кроме того, его предположение можно рассматривать как определенную догадку о существовании речевой функции системы [Ухтомский А. А., 1945; Анохин П. К., 1968].

Н. Gutzmann, однако, не сумел вскрыть особенностей структуры личности и совокупности всех внутренних условий в патогенезе заикания. Тщательное наблюдение за периферическими элементами речевого аппарата (респирация, фонация, артикуляция) позволило изучать центральные процессы, механически рассматриваемые как нарушение мозгового центра или ассоциативных или моторных путей, как спастический координационный невроз, т. е., как выражение патофизиологических сдвигов в деятельности головного мозга.

Психическим функциям уделялось внимание, но недостаточное. Социальное значение заболевания учитывали, но недооценивали. При заикании речь рассматривалась только в фонетическом аспекте, а ее коммуникативная функция не учитывалась.

В то время положительно зарекомендовал себя при практическом применении метод осознанно-психологических упражнений, разработанный директором Берлинской школы глухих А. Gutzmann. Он использовал метод, накопленный его предшественниками, и последовательно проводил в жизнь утверждение Kussmaul, что «лечение заикания должно быть дидактическим и гимнастическим».

А. Gutzmann использовал свой опыт работы учителя глухонемых и систематически воспитывал плавную речь заикающегося, разделив ее на основные элементы: дыхание, фонацию, образование звука, слова и предложения. Упражнения в плавной речи проводились в конце курса лечения. Так называемые правила речи заикающийся должен был сознательно соблюдать. Психическое воздействие на заикающегося А. Gutzmann усматривал в самом процессе упражнений по данному методу.

Хорошие педагоги, применяя метод А. Gutzmann, достигали благоприятных результатов в перевоспитании речи заикающегося. Без сомнения, тогдашняя логопедическая практика содержала больше прогрессивных элементов, чем их могли вместить теоретические концепции.

И. А. Сикорский и Н. Gutzmann считали, что возникновение заикания часто связано с периодом развития речи у детей и настаивали на лечении заикания в детском возрасте. И. А. Сикорский первый назвал заикание детской болезнью и подверг критике учебники по детским болезням, в которых были описаны более редкие заболевания, а заикание не упоминалось.

И. А. Сикорский (1889) пришел и к ряду выводов, имеющих большое практическое и научное значение: «Процент всех случаев заикания приходится на тот период, когда развитие речи не закончено: склонность к заболеванию заиканием с возрастом падает гораздо быстрее, чем склонность к выздоровлению».

Уровень знаний в области анатомии и физиологии мозга на рубеже XX века не позволил продвинуться дальше в определении сущности заикания, но психология и психиатрия получили более широкое развитие. В этих дисциплинах наблюдалась тенденция к отходу от изучения отдельных элементов психической деятельности, к рассмотрению человеческого организма как единого целого. Стало возможным более тщательное изучение всех аспектов в проблеме заикания, которым до сих пор не уделялось должного внимания. Однако увеличивалась и опасность того, что материальную базу психических процессов будут игнорировать, встав на путь идеалистических спекуляций.

Последовательным продолжением изучения проблемы заикания явились работы А. Liebmann, Г. Д. Неткачева. А. Liebmann был учеником Н. Gutzmann, но вскоре отошел от теории своего учителя. В своих работах (1903) А. Liebmann определял специфическое состояние органов речи при заикании как гиперестезию. Эти утверждения соответствовали его научной концепции, что заикающегося необходимо отвлечь от процесса речи, а не концентрировать внимание на нем. А. Liebmann отказался от аналитико-синтетического метода Н. Gutzmann. На первый план А. Liebmann выдвигал психическое воздействие на больного с целью преодоления его страха перед речью. Оно должно было проводиться в индивидуальном порядке и начинаться с самого начала терапии заикания.

Психическое воздействие заключалось в первую очередь в поощрении речи заикающегося, затем в оздоровлении окружающей среды и в устранении неблагоприятных психических моментов.

Помимо психического воздействия, А. Liebmann использовал также и речевые упражнения и укреплял здоровые

речевые функции, распределяя содержание и коммуникативный уровень речи по различным ступеням трудности. Следуя дидактическому правилу идти от простого к сложному, он использовал следующие ступени: сопряженная речь, отраженная речь, ответы на вопросы, пересказ, свободная речь.

Предложенный Liebmann метод был назван его учеником Fröschels «психологическим». Liebmann в своих «Лекциях о дефектах речи» ссылается лишь на немногие литературные источники, и теперь трудно определить степень влияния на него других исследователей того времени. Поэтому необходимо указать, что одновременно с лекциями Liebmann появились работы врача Denhardt. В вышедшей в 1890 г. книге «Заикание как психоз» он относит этот дефект речи к психогенным явлениям.

Denhardt сравнивает ощущение заикающегося «я не могу говорить» с навязчивой идеей. Эти воззрения Denhardt нашли свое отражение в работах его ученика врача Ноерфнер (1922). Ноерфнер был одним из немногих невропатологов-психиатров, которые занимались в то время в Германии проблемой заикания. Работы Ноерфнер следует упомянуть еще и потому, что они оказали впоследствии большое влияние на Fröschels и известного венского педагога Rothe. В 1909—1913 гг. были опубликованы работы Г. Д. Неткачева, психиатра, ученика Liebmann. Г. Д. Неткачев был связан с так называемой психологической школой. Эти работы дали возможность понять и раскрыть связь заикания с личностью заикающегося. Г. Д. Неткачев относит заикание к числу психоневрозов, в основе которых чаще всего лежит страх, возникший большей частью бессознательно в раннем детстве, но затем развившийся и внедрившийся постепенно в духовную жизнь ребенка. С возрастом больного этот страх захватывает уже целиком мышление, чувства, волю, и развитие всей личности идет неправильным путем (т. е. происходит дисгармоническое развитие личности). Задача лечения заключается в том, чтобы полностью перевоспитать личность. Г. Д. Неткачев утверждает, что история учения о заикании показывает необходимость научной разработки вопросов, касающихся психологии во всем объеме личности заикающегося, а также этиологии, наследственности, клиники, симптоматологии, кончая задачами терапии и психотерапии.

Несомненной ценностью метода Г. Д. Неткачева является то, что он заставлял самого больного работать над собой, над своей волей. Моментам самовоспитания автор

придает большое значение, направляя все внимание и волю больного на новые пути. Таким образом перевоспитывается личность заикающегося в целом при его активном участии.

Этот метод Г. Д. Неткачева был очень близок к методу, предложенному Ноерфнер, и наиболее близок к психотерапевтическому направлению. Ноерфнер пытался найти связь общеизвестных форм заикания — начального, формирующегося и сформировавшегося — с физиологическими механизмами мозга и психологическими процессами. Он различал 3 стадии развития болезни. Первая стадия характеризуется физиологическими итерациями у начинающего говорить ребенка. Этот процесс Ноерфнер назвал первичной ассоциативной атаксией. Вторая стадия — стадия вторичной диссоциативной атаксии. В ней отражены недостаточное развитие и дифференцировка произвольных функций. На обеих стадиях может появляться заикание. Если оно появилось в период формирования речи, то это формирующееся заикание. Однако такое заикание может возникнуть и в результате физических и психических травм, а также после заболеваний, особенно сопровождающихся высокой температурой. Liebmann, Ноерфнер не исключают и роли патологической конституции в возникновении заикания.

Третью стадию Ноерфнер назвал ассоциативной афазией. Хотя применение понятия афазия вызвало большую дискуссию на Первом международном конгрессе Общества логопедов и фонистров в 1924 г., следует вдуматься в то, какую цель преследовал Ноерфнер, предлагая это понятие.

Говорящий осознает, что речь прерывается. Он реконструирует звуковую форму слова. Аффективное и рефлекторное возбуждение усиливает концентрацию внимания на речи. Возникают тактильно-моторные и акустические нарушения.

В развитии третьей стадии Ноерфнер выделял 3 этапа: моторно-динамический (повышенная интенсивность речи, сопутствующие движения); сенсорно-афатический (избегание трудных моментов, речебоязнь, нарушение логики, параграмматизм, «не получается», поиски причин порока речи); морально-психопатический (чувство неполноценности, «я не могу», большая речебоязнь, новые суждения, чувство социальной неполноценности, усиление других психических аномалий).

Fröschels (1931) частично использовал эти данные в своих работах. Rothe (1925) обобщил их и использовал в

своей лечебно-педагогической системе, воздействующей на личность человека в целом. Rothe добился в индивидуальном лечении заикания и в работе спецклассов в Вене реальных успехов. Rothe требовал от каждого терапевта составить план работы, включавший следующие части: соматическая диететика, т. е. упорядочение образа жизни, психическая диететика, т. е. отвлечение внимания от процесса речи и защита от вредных влияний; логопедическая терапия, т. е. применение ступеней Liebmann, педагогика (перевоспитание), т. е. устранение патохарактерологических черт заикающегося, типичных для третьей стадии ассоциативной афазии, и формирование новой личности путем систематического педагогического воздействия.

При изучении литературы, посвященной различным теориям, иногда может сложиться впечатление, что речь идет о диаметрально противоположных направлениях. Здесь встречаются противопоставления мнений физиологической и психологической школ. По нашему мнению, в теории Куссмауля, И. А. Сикорского и Х. Гутцман представлен аналитико-синтетический метод, основанный на естественных науках, который был также характерен в то время и для психологической школы Вундта. Liebmann, Г. Д. Нettekhev, Hoerpfner, Fröschels, Rothe находились под влиянием более позднего метода разностороннего изучения проблемы. При этом представители одной группы не отрицали влияния психогенных факторов, а другая группа исследователей не оставляла без внимания конституциональные факторы. Происходило лишь смещение акцентов, которых в зависимости от взглядов придерживались ученые.

В работах Rothe видно, что, будучи уроженцем Вены, он все же не попал под влияние теории психоанализа Фрейда. Rothe эклектически пытался выбирать для своей терапевтической концепции все приемлемое из открытий различных ученых в области физиологии, психологии, психиатрии, логопедии, педагогики и философии.

Столь широкую ориентацию Rothe можно объяснить тем, что во время первой мировой войны он служил логопедом и занимался с больными после ранений головного мозга. В своих исследованиях Rothe постоянно опирался на физиологию мозга. Он выступал инициатором перевоспитания личности своих пациентов и стремился найти философскую основу, которую видел в стоицизме и буддизме.

При организации лечебной работы по исправлению речи в группах он использовал идеи реформистской педагогики.

Изучение заикания в СССР

После Великой Октябрьской социалистической революции в ноябре 1917 г. при Наркомздраве был образован Высший Совет гигиены. В его обязанности входила забота о здоровье детей, а также организация воспитательных и учебных учреждений для дефективных детей. Профилактика в самом широком смысле слова и, в частности, развитие речи, ее культура после декрета о всеобщем обучении стали вопросами большого социального значения; правильное их решение являлось залогом дальнейшего нормального развития ребенка и овладения им грамотой. Уже в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции была организована широкая государственная помощь детям, страдающим расстройствами речи.

Для подготовки специалистов по воспитанию и обучению детей и подростков с аномалиями, в том числе и детей, страдающих дефектами речи, в январе 1918 г. в Петрограде для учителей вспомогательных школ были организованы краткосрочные курсы, которыми руководил профессор А. С. Грибоедов. В том же году в Петрограде по инициативе профессора Д. В. Фельдберга впервые был открыт факультет детской дефектологии при Институте дошкольного воспитания и Педагогический институт социального воспитания здорового и дефективного ребенка.

В 1919 г. в Москве при Отделе педагогической медицины Наркомпроса были организованы годовые курсы для подготовки педагогов-дефектологов, руководимые профессором В. П. Кащенко.

В 1921 г. в Петрограде открывается первый Отофонетический институт, где лечили и обучали детей школьного возраста, страдающих различными расстройствами слуха и речи. Директором и руководителем института был профессор Д. В. Фельдберг.

В этом институте были организованы и группы для заикающихся школьников.

Кабинеты для исправления речи стали открывать при вспомогательных школах в Москве, Петрограде, Киеве, Харькове и др.

При таком широком развертывании мероприятий по борьбе с различными логопатиями краткосрочные курсы не могли дать слушателям необходимых глубоких знаний. Для подготовки педагогов-дефектологов во 2-м Мос-

ковском государственном университете и в Ленинградском государственном педагогическом институте им. А. И. Герцена в 1921—1922 гг. были организованы дефектологические факультеты, на которых читался курс логопедии.

Подготовка специалистов-дефектологов началась в те же годы и в Киевском высшем институте народного образования на факультете социального воспитания.

Для изучения дефективных детей и выработки методик их обучения в 1922—1923 гг. Наркомпрос открывает в Москве первый Экспериментальный дефектологический институт (ЭДИ); в этом институте работали известные ученые — профессора Ф. А. Рау, Д. И. Азбукин, В. П. Кащенко, Л. С. Выготский и др., много сделавшие для развития всех отраслей дефектологии.

Но учреждений, в которых оказывалась бы помощь заикающимся детям или взрослым, в те годы еще не было организовано.

Несомненно мешало этому то, что проблема лечения заикания, имея вековую давность, бесконечно видоизменяясь, развивалась своеобразно, без единого направления и часто зависела от различных взглядов ее исследователей. В начале данной главы мы уже называли имена ученых, работавших над проблемой заикания с середины XIX—начала XX веков.

Это были главным образом врачи: фониатры, отоларингологи, невропатологи, психиатры, а также и учителя глухонемых.

Здесь уместно сказать, что в России проблема заикания привлекала внимание главным образом врачей психиатров и невропатологов (И. А. Сикорский, В. Ф. Хмелевский, Г. Д. Неткачев и др.), это несомненно предопределило ее дальнейшее развитие после Великой Октябрьской социалистической революции. Именно в 20-е годы по инициативе психиатров — профессора В. А. Гиляровского, Ю. А. Флоренской, Н. П. Тяпугина — начали организовываться первые учреждения для оказания помощи заикающимся.

В 1924—1925 гг. в Москве в Государственном институте нервно-психиатрической профилактики и психогигиены были организованы первые амбулаторные кабинеты для заикающихся взрослых, а затем и стационар для лечения заикания у подростков и взрослых. В это же время Московский Горздрав открыл первую поликлинику для больных с расстройствами слуха и речи. В 1926 г. в Москве

была открыта специальная семилетняя школа для заикающихся детей.

Несколько позже, в 1929—1930 гг., Наркомздрав СССР организовал в Харьковском отоларингологическом институте логопедический отдел, в котором также была начата научно-практическая работа по всем видам речевых расстройств (Л. А. Квинт, М. С. Пайкин).

Таким образом, в первые же годы после Великой Октябрьской социалистической революции в советской логопедии намечалась тенденция к совместной работе врачей и педагогов над устранением речевых расстройств. Одним из самых значительных достижений того времени следует считать организацию так называемых оздоровительных коллективов для взрослых заикающихся, идея создания которых исходила от самих заикающихся. Они сознательно хотели применить психологический метод Г. Д. Неткачева в коллективе. В связи с этим в первую очередь следует упомянуть психолога И. И. Тартаковско-го (1934) (псевдоним «Упрямый») и психиатра Н. П. Тяпугина (1949), возглавлявших в те годы эти коллективы оздоровления речи. Они считали, что коллективные занятия должны стать главным психотерапевтическим методом при лечении заикания у взрослых и старших школьников.

Таким образом, индивидуально-психологический метод Г. Д. Неткачева стал в условиях советской действительности коллективно-психологическим. Психиатр проф. В. А. Гиляровский (1932), придавая большое значение этому методу, писал следующее: «Этот принцип, в основе своей тесно связанный с общим характером советского строя, базирующегося на коллективном творчестве миллионов трудящихся, по праву должен найти самое широкое применение и в деле невропсихического оздоровления. Это в первую очередь надо отнести к таким неврозам, как заикание, в происхождении которого особенно большое значение имеет нарушение социальных контактов»¹.

При групповом лечении с помощью коллективно-психотерапевтического метода учитывались характерологические и психопатологические индивидуальные особенности заикающихся. Лозунгом таких коллективов для лече-

¹ Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности. — Сов. невропатол. и психиатр., 1932, вып. 9—10, с. 570.

ния заикания было следующее высказывание профессора В. А. Гиляровского (1926): «Слабый находит в себе гораздо больше силы, когда он чувствует себя защитником других»¹.

Однако обзор логопедической литературы тех лет указывает и на большой разрыв между практикой и теорией терапии заикания. Этот разрыв отмечался прежде всего на практике, так как отсутствие клинического анализа различных форм заикания не всегда позволяло применять соответствующие логотерапевтические мероприятия. В 1929—1930 гг. появились работы Н. П. Тяпугина, М. О. Пайкина, Ю. А. Флоренской, освещавшие вопросы клиники заикания. Наиболее значительными являются работы психиатра Ю. А. Флоренской (1934, 1935, 1939, 1949). Ю. А. Флоренская из сборной группы логоневрозов заикания выделяет тахилалию и парафразию в отдельные нозологические единицы. Далее она отграничила появление заикания как остаточный симптом афазии.

После разграничения этих групп вопросы диагностики и терапии заикания значительно прояснились.

Интересна попытка Ю. А. Флоренской и логопеда З. С. Ходоровой (1935) показать взаимную связь проблемы заикания в XIX — начале XX веков. Они писали следующее: «Дидактическая школа была склонна видеть в судорожности речи основной симптом заикания. Однако все представители спастически-координационной теории заикания, как Куссмаул, И. А. Сикорский, Х. Гутцман, Надолечный и др., указывали и на функциональный характер этих судорог, отличающий их от судорог органического происхождения; здесь отмечается чрезвычайная неустойчивость, изменчивость, ситуационная обусловленность патологических проявлений, причем в пораженной части речевого аппарата никогда не наблюдаются атрофии».

Далее эти авторы пишут: «Просматривая общие принципы методики лечения заикания в дидактической школе, мы с достаточной ясностью видим, что наряду с гимнастическими установками здесь все время в той или иной мере выдвигается значение сознательного отношения больного к своему заболеванию, сознательной борьбы с ним и значение психотерапевтического воздействия на личность больного в целом».

¹ Гиляровский В. А. О психотерапии на коллективах невротиков. — Мед. ж., 1926, № 7, с. 54—61.

И. А. Сикорский идет еще дальше, он вводит так называемое психическое лечение и рекомендует ряд психогигиенических правил.

Ю. А. Флоренская считает, что И. А. Сикорский во многом приближался к психотерапевтическому направлению.

Дальнейшая разработка проблемы заикания в Советском Союзе, начиная с 1935—1936 гг., проходила главным образом в плане учения И. П. Павлова. Заикание понималось как невроз, функциональное нарушение, захватывающее не только речевую функцию, но и многие другие стороны деятельности организма. Наиболее полно проблема заикания в свете учения И. П. Павлова изложена в монографии «Заикание» Н. П. Тяпугина (1949). В 30-х годах нашего столетия большое значение приобрело профилактическое направление, поддержанное многими передовыми врачами. Заикание, возникающее главным образом в раннем детском возрасте, требовало и своевременной помощи. Первым психиатром, предложившим начать лечение заикания у детей с дошкольного возраста — «у истоков его возникновения», был профессор В. А. Гиляровский. Он считал, что ранний детский возраст особенно благоприятен для предупреждения заикания, так как пластичность и компенсаторные возможности детского организма очень велики. Однако вопрос о внедрении в практику раннего лечения заикания представлял большие трудности. Причиной тому явилось сложившееся за последние несколько десятилетий мнение, что заикание в дошкольном возрасте — явление физиологическое, что с возрастом оно должно пройти. Такого мнения придерживались как педиатры, так и фониатры, несмотря на то, что уже в прошлом столетии проф. И. А. Сикорский статистически доказал, что заикание в огромном большинстве случаев, возникая в 2—4-летнем возрасте, не будучи своевременно вылеченным, приводит к тяжелым последствиям в школьном и взрослом возрасте.

Педагоги-логопеды считали, что лечение заикания возможно лишь при условии свободного владения чтением.

Чтобы доказать ошибочность этих взглядов, В. А. Гиляровский созывает в ноябре 1929 г. узкое совещание, на которое, кроме врачей — психиатра Ю. А. Флоренской и фониатра М. О. Пайкина, были приглашены известные сурдопедагоги — проф. Ф. А. Рау (заведующий кафедрой логопедии 2-го МГУ) и проф. Н. А. Рау.

На этом совещании проф. В. А. Гиляровский с большой настойчивостью отстаивал идею необходимости раннего лечения заикания. Доказывая логичность этого предложения, он приводил примеры того, насколько благоприятен ранний детский возраст для профилактических мероприятий и для предупреждения развития заикания, возникшего в дошкольном возрасте, в тяжелый психоневроз. Эти четкие предложения проф. В. А. Гиляровского были поддержаны проф. Н. А. Рау - организатором первого детского сада для глухонемых детей в 1900 г. Она особенно подчеркнула необходимость организации такого детского коллектива, в котором перероспитывалась бы не только речь, но и личность заикающегося ребенка.

Благодаря проф. В. А. Гиляровскому такое учреждение было организовано в 1930 г. в Москве при Донской психоневрологической лечебнице. Первоначально оно называлось Детской психоортопедической площадкой. Основным положением этого учреждения стало использование при лечении заикания у детей дошкольного возраста оздоровляющей роли правильно организованного детского коллектива. Это позволило применить многостороннее воздействие на личность ребенка в целом так, что лечебные и общевоспитательные мероприятия сопутствовали специальной логопедической работе.

Разработка этого метода была поручена Н. А. Власовой (1932). Принципиально новым его положением стало то, что логопедическую работу перестали рассматривать только как работу над речью заикающегося, в ней объединились все основные моменты, направленные на развитие личности ребенка: развитие мышления, памяти, внимания, общее развитие речи и развитие моторики.

Для сближения теории и практики в вопросах терапии заикания В. А. Гиляровский считал необходимым объединить работу педагога-логопеда, психиатра и психолога.

Совместное изучение природы заикания помогло в дальнейшем логопедам и врачам найти наиболее рациональный путь лечения заикания. Речь стали рассматривать в связи с общественно-социальной деятельностью отчасти физиологии, языкознания и психологии. Психолог Л. С. Выготский (1924) писал о значении речи: «Если принять во внимание, что речь есть не только орудие общения, но и орудие мысли, что сознание наше развивается, главным образом, при помощи речи и возникает из нашего социального опыта, то отсюда вытекает его

огромная социальная значимость, его роль в развитии личности»¹.

Разработка основ воспитания, терапии и обучения заикающихся детей опиралась на комплексное клинико-психологическое и педагогическое изучение закономерностей и особенностей онтогенеза.

Большое значение для внедрения комплексного метода терапии заикания в те годы имели выступления врачей и логопедов на всесоюзных съездах психиатров и невропатологов. Первое такое сообщение было сделано проф. В. А. Гиляровским на Втором съезде невропатологов и психиатров в 1936 г., когда основные положения комплексного метода были полностью введены в практику и давали эффективные результаты. В. А. Гиляровский в своем выступлении на съезде сказал, что часто стремление устранить заикание только одними логопедическими приемами может принести лишь частичный успех, так как при этом виде лечения остается без изменения патологическая основа, на которой заикание развилось. Наоборот, недооценка врачами значения педагогических приемов при терапии заикания может уменьшить лечебный эффект, поэтому необходимы объединенные усилия врачей и логопедов.

В 1939 г. Наркомздрав РСФСР и Украинский Наркомздрав организовали первую логопедическую конференцию в Харькове. Большая организационная работа была проведена заведующим Харьковским логопедическим отделением Украинского отоларингологического института д-ром М. О. Пайкиным и его сотрудниками по выявлению специалистов, занимавшихся в Советском Союзе вопросами речевых расстройств—логопедов, сурдопедагогов, врачей, а также городов и учреждений, в которых эта работа проводилась.

На конференции присутствовало около 200 делегатов—главным образом из Ленинграда, Москвы, Харькова, Киева, Саратова и Свердловска. Тематика конференции не была строго ограничена, поэтому делегатам была предоставлена возможность выступить с докладами на любую тему логопедии.

Из 60 докладов, представленных на конференцию, наибольшее число было посвящено проблеме заикания (19 докладов, главным образом представленных делегатами

¹ Выготский Л. С. «Развитие высших психических функций». М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.

из Москвы, Ленинграда и Харькова). Характерна большая пестрота взглядов на методы лечения заикания. Четко выявились различия в работе логопедов из отоларингологических институтов Ленинграда и Харькова и логопедов, работавших с психиатрами и невропатологами (Москва).

Большинство докладчиков еще придерживались мнения о «нецелесообразности» раннего лечения заикания. Все эти вопросы вызвали дискуссии, особенно после докладов логопедов, работающих с заикающимися детьми дошкольного возраста, — Н. А. Власовой, Е. Ф. Рау и логоритмиста Н. С. Самойленко.

Для широкой пропаганды комплексного метода терапии заикания проф. В. А. Гиляровский в ноябре 1940 г. в связи с исполнившимся десятилетием Детского логопедического дневного стационара (бывшая психоортопедическая площадка) созвал конференцию. Для участия в этой конференции были приглашены не только ученые, врачи-психиатры, невропатологи и дефектологи, но и представители Наркомздрава и Горздрава. В. А. Гиляровский продемонстрировал на этой конференции большую эффективность комплексного метода лечения заикания, а также указал на необходимость совместной работы педагогов-логопедов и врачей.

Эта конференция была не только обобщением большого клинического опыта, но явилась одновременно и подтверждением правильности идеи В. А. Гиляровского о необходимости лечения заикания с момента его возникновения, т. е. с дошкольного возраста.

В годы Великой Отечественной войны работа в детском логопедическом дневном стационаре не прекращалась, а, наоборот, объем ее значительно расширился. Нуждаемость в лечении заикания и других речевых расстройств значительно возросла. В 1943 г. было проведено широкое обследование детей с нарушением речи, возникшем в военное время. Затем была организована специальная группа для лечения особо тяжелых случаев заикания, возникших в условиях военного времени.

В 1944 г. стало возможным решение всех вопросов, связанных с развитием логотерапевтической помощи, намеченных на последней конференции, состоявшейся в 1940 г. Это были следующие актуальные вопросы: организация научно-исследовательской лаборатории по вопросам патологии речи, организация регулярных краткосрочных курсов для повышения квалификации детских

психоневрологов и логопедов по вопросам патологии речи.

С 1944 г. Детский логопедический дневной стационар для заикающихся детей в больнице им. Соловьева становится научной базой Института психиатрии АМН СССР. Это дало возможность расширить клиническое изучение вопросов заикания и уточнить симптоматиологию заикания у детей.

Курсы для повышения квалификации логопедов и детских психоневрологов с периферии и из союзных республик, программа которых была рассчитана на 2 мес, были организованы и функционировали в 1946, 1947 и 1949 гг.

В 1948 г. состоялся Третий съезд психиатров и невропатологов. Во время съезда было проведено специальное совещание по вопросам расстройства речи. В. А. Гиляровский, как всегда, принимая активное участие в составлении программы совещания, стремился к тому, чтобы оно объединило работников Министерства просвещения, т. е. логопедов и педагогов, и работников Министерства здравоохранения — врачей-психиатров, невропатологов, а также логопедов, работающих в учреждениях здравоохранения.

Большая работа по лечению заикания у подростков и взрослых комплексным методом проводилась все годы, начиная с 30-х годов в Ленинградском научно-исследовательском отоларингологическом институте. Изучение вопросов заикания, начатое еще проф. Д. В. Фельдбергом, продолжают его последователи — врачи и логопеды.

В 50-е годы значительно расширилась и помощь заикающимся подросткам. В больнице им. Боткина (г. Москва) был организован логопедический стационар для подростков. С. С. Ляпидевский, много лет возглавлявший его, стремился на протяжении своей деятельности реализовать комплексный медико-педагогический подход в работе с подростками, уделяя также большое внимание вопросам психотерапии.

В те же годы отдельные крупные клиницисты, занимавшиеся вопросами патологии речи, интересовались и проблемой заикания у больных с психическими заболеваниями: шизофренией, эпилепсией (проф. М. С. Лебединский, проф. Н. В. Иванов, проф. Ю. А. Поворинский и др.).

В 1957 г. В. А. Гиляровский выдвинул предложение о созыве всесоюзной конференции по вопросам патологии

речи. Следовало обобщить научный и практический материал, собранный во время второй мировой войны и после нее.

Конференция, посвященная вопросам патологии речи, состоялась в Москве в июне 1958 г. Это была самая представительная конференция из всех проводившихся до того времени в СССР. Открывая конференцию, В. А. Гиляровский сказал: «Не случайно, что органы здравоохранения за последние десятилетия так много внимания уделяют интересам детства и отрочества. Рост ребенка, становление его личности, его интеллектуальное развитие более всего находят отражение в его речи. Речевые расстройства очень разнообразны и нередко возникают на органической основе и в этих случаях держатся особенно упорно. Сложность генеза и его различия в отдельных случаях требуют участия в общей работе клиницистов, психиатров, невропатологов, а также логопедов и физиологов. В этом отношении многого можно ожидать от конференции по речевым расстройствам Министерства здравоохранения СССР»¹.

Большое число докладов было посвящено проблеме заикания, в частности механизму заикания (Н. И. Жинкин), лечению заикания сном (Л. Е. Рабичев), значению психотерапии при заикании (Ю. А. Поворинский), клинике тяжелых случаев заикания (А. С. Ремизова, И. И. Темкин) и др.

В связи с многообразием речевых дефектов докладчики подчеркивали необходимость тесного сотрудничества медицины и педагогики (Н. А. Власова, А. М. Смирнова, Р. Е. Левина).

С начала 60-х годов XX века интерес к проблеме заикания значительно возрастает.

В 1964 г. Научно-исследовательским институтом дефектологии АПН СССР (НИИ дефектологии) был организован симпозиум, посвященный проблеме заикания. В симпозиуме принимали участие чехословацкие ученые, проф. Совак и др. На симпозиуме рассматривались следующие основные вопросы: заикание с точки зрения медицинских наук; совместная работа врача и логопеда при лечении заикания; заикание в дошкольном возрасте и его терапия.

¹ В кн.: Вопросы патологии речи. Т. XXXII (81). Изд. Укр. НИИ, Харьков, 1959, с. 8—11.

В секторе логопедии НИИ дефектологии АПН СССР, активно разрабатывая вопросы проблемы заикания, рассматривают заикание как нарушение речи с преимущественным поражением ее коммуникативной функции (Р. Е. Левина, Н. А. Чевелева, А. В. Ястребова, С. А. Миронова и др.). Авторы предлагают в коррекционной работе идти по пути постепенного перехода от ситуативной речи к контекстной, с учетом особенностей личности заикающихся и зависимости заикания как от внешних обстоятельств, так и от эмоциональных факторов, непосредственно связанных с вербальной коммуникацией. Особо подчеркивается [Р. Е. Левина, 1981], что «прерывистость речи, связанная непосредственно с деятельностью вербальной коммуникации... возникает лишь в периоде овладения этой деятельностью. Она наблюдается преимущественно у детей как явление, манифестирующее затруднения, сопровождающие процесс развития функции речевого общения».

Одновременно с педагогическим направлением разработки вопросов заикания (Р. Е. Левина и сотрудники) продолжалась и работа по расширению комплексного медико-педагогического метода.

Итоги этой работы были освещены на юбилейной конференции, посвященной 50-летию Логопедического детского дневного стационара, состоявшийся в декабре 1980 г.

Проведенный за все эти годы углубленный научно-практический анализ комплексного метода лечения заикания показал его высокую эффективность.

В докладе Н. А. Власовой был прослежен весь путь становления этого первого в Советском Союзе учреждения для лечения заикания у детей дошкольного возраста, явившегося новым звеном профилактической помощи детскому населению.

Изучение катамнеза в этом учреждении продолжается и в настоящее время, так как только таким образом могут подтвердиться все выдвигаемые теоретические концепции и положения.

Результатом широкой пропаганды необходимости лечения заикания у «истоков его возникновения» явилось создание большой сети логопедических кабинетов в детских поликлиниках, организованных во всех городах Советского Союза, и специальных детских садов и санаториев для заикающихся дошкольников и школьников. В начале организации этой помощи проф. В. А. Гиляровский

сам стремился возможно шире знакомить врачей с вопросами раннего лечения заикания, выступал на конференциях и съездах с докладами. Его работу в этом направлении продолжали логопеды дневного стационара, предоставляя возможность практиковаться в стационаре логопедам и врачам с периферии. В начале 60-х годов XX столетия по инициативе проф. О. В. Кербикова было начато лечение заикания у взрослых с применением медико-педагогического метода в стационарных условиях.

Организация такого стационара была поручена докт. мед. наук Н. М. Асатнани. Так началось дальнейшее изучение проблемы заикания в сравнительно возрастном аспекте с использованием единой методики и клинико-диагностических и коррекционно-педагогических принципов. В организованной в 1968 г. при Всесоюзном научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Лаборатории функциональных и других видов патологии речи проводится мультидисциплинарное, сравнительно-возрастное, комплексное медико-педагогическое, электрофизиологическое и психологическое изучение проблемы заикания. В Лаборатории функциональных и других видов патологии речи продолжается дальнейшее изучение клинической типологии заикания в сравнительно-возрастном аспекте, уточнение взаимозависимости психопатологических проявлений и речевых нарушений.

Установлена нозологическая неоднородность всех больных с заиканием, среди которых наиболее репрезентативными являются две группы: больные с заиканием на фоне резидуально-органических нарушений (неврозоподобное заикание) и больные с невротическим заиканием. Менее многочисленны случаи сочетания заикания с психопатиями и вялопрогредиентной шизофренией.

Электрофизиологическое исследование заикания, проведенное на большом клинически дифференцированном материале в сравнительно-возрастном аспекте [Белякова Л. И., 1981], выявило корреляции между клиническими данными и электрофизиологическими показателями. На основании полученных результатов установлено различие в патогенетических механизмах невротического и неврозоподобного заикания и предложены некоторые дифференциально-диагностические критерии, терапевтические и профилактические рекомендации.

За последние годы очень много сделано для укрепления преемственности в работе Детского логопедического полустационара и диспансерного отделения Детской го-

родской психоневрологической больницы № 6. Такая преемственность имеет большое значение для профилактики рецидивов заикания и проведения катamnестических исследований.

Таким образом, идеи В. А. Гиляровского о необходимости раннего лечения заикания и совместной работы над проблемой заикания врачей, логопедов, физиологов, психологов не только воплотились в жизнь, но и получили дальнейшее развитие. Это находит подтверждение как в организации целого ряда специализированных логопедических учреждений, так и в научных трудах учеников и последователей В. А. Гиляровского, осуществляющих дальнейшую разработку сложной проблемы клиники, дифференциальной диагностики, терапии и профилактики заикания.

Сеть учреждений для лечения заикающихся находится в ведении двух министерств.

В системе Министерства просвещения СССР помощь оказывается в следующих учреждениях: в логопедических группах районных детских садов, в логопедических детских садах для заикающихся и специальных школах для детей с речевыми расстройствами, в логопедических кабинетах при общеобразовательных школах, в логопедических кабинетах при вспомогательных школах, в школах-интернатах для детей с речевыми расстройствами. Работа по повышению квалификации логопедов проводится на регулярных курсах, организуемых НИИ дефектологии АПН СССР.

В системе Министерства здравоохранения СССР помощь заикающимся оказывается: в специальных яслях для детей с нарушением слуха и речи, в логопедических кабинетах детских поликлиник, в логопедических кабинетах районных психоневрологических диспансеров для подростков и взрослых, в стационарах для детей с расстройствами речи дошкольного и школьного возраста, в стационарах и дневных стационарах при больницах (в неврологических и отоларингологических отделениях), в санаториях для заикающихся детей дошкольного и школьного возраста.

Работа по повышению квалификации логопедов ведется в Центральном психоневрологическом диспансере для детей и подростков при Детской городской психоневрологической больнице № 6. Центральный психоневрологический диспансер в настоящее время объединяет работу поликлинических логопедов.

Научные разработки проблемы заикания ведутся в основном в следующих центрах: в НИИ дефектологии АПН СССР, на кафедре детской психиатрии при Центральном институте усовершенствования врачей, в Лаборатории функциональных и других видов патологии речи Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства здравоохранения СССР (ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского): на дефектологическом факультете педагогического института им. В. И. Ленина и на дефектологическом факультете Ленинградского педагогического института им. А. И. Герцена.

Кроме того, существуют центры республиканского значения в Харькове, Киеве, Ленинграде, Риге, Таллине, Алма-Ате, Фрунзе и др. Все они координируют свою работу с московскими центрами.

Изучение заикания в Германии до образования ГДР

Медико-педагогический ежемесячный журнал по вопросам логопедии, издаваемый Н. и А. Gutzmann в 1891—1913 гг., достаточно полно отражает достижения в области изучения проблемы заикания вплоть до первой мировой войны. Вопросы заикания освещались и в учебниках Н. Gutzmann «Лечение голоса и речи» (1893).

Уже в 1888 г. лечение заикания было санкционировано государственными органами и объявлено общественной задачей. Во многих городах были открыты курсы по лечению заикания. В начале века частично на базе этих курсов возникли и особые классы для лиц с дефектами речи. Эти классы впоследствии превратились в специальные школы. К 1928 г. такие школы существовали уже в Берлине, Галле, Гамбурге и Карлсруэ. На методы работы этих школ влияли различные течения, под давлением которых находились в то время реформистская педагогика и ее направления: индивидуальное, социальное, личностное и экспериментальное. Определяющим для всех этих течений стало положение, выработанное в 1924 г. вновь организованным Международным обществом логопедов и фонистов и утвержденное на 2-м Конгрессе этого общества. 2-й Международный конгресс логопедии и фонистрии высказывается в пользу создания специальных школ для детей с дефектами речи. Конгресс рекомендует

всем учреждениям, в ведении которых находится школьное образование, организацию сети специальных школ как наиболее подходящий путь для устранения дефектов речи в детском возрасте. В этих школах должны работать хорошо подготовленные в вопросах логопедии и фониатрии логопеды и врачи.

Начиная с этого момента, основным направлением в лечении заикания у детей школьного возраста стал принцип, выдвинутый Carrie (1921): «Обучение — это терапия, а терапия — это обучение». Всеобъемлющий обзор по данному вопросу мы находим в работе Hansen (1929) «Проблематика специальных школ по исправлению дефектов речи в ее историческом развитии».

Интерес представляют материалы международной конференции, проведенной в 1929 г. на тему: «Ребенок, страдающий дефектами речи». Она была организована Логопедическим обществом, основанным в 1929 г. в Галле. Хотя из отчетов конференции нельзя сделать достаточно полных выводов о развитии логопедии в СССР, но отдельные доклады и дискуссии указывают на то, что по вопросам заикания в обеих странах работа проводилась во многом аналогично. На конференции выступали известные специалисты Nadoleczny, H. Gutzmann, Flatau, Hansen, Rösler по вопросам заикания у детей в раннем возрасте, о сотрудничестве врачей и педагогов при лечении заикания, о работе с подростками, страдающими дефектами речи. Rösler рассказал о деятельности молодежного клуба для лиц, страдающих заиканием, организованного в Берлине в 1927 г. В своем выступлении Ziehepp уделил большое внимание соотношению мышления и речи, сделав важные выводы и в отношении заикания.

Связь между педагогическими и терапевтическими задачами основывалась главным образом на концепции Rother о перевоспитании личности заикающегося. Речевые упражнения значительно видоизменялись. Например, в Берлине в основном применялся метод, предложенный H. Gutzmann, в других же районах логопеды были сторонниками метода растянуто-певучей речи. Положения, выдвинутые Liebmann, применялись крайне непоследовательно.

Недостаточным было и сотрудничество врачей и педагогов. Фониатрами становились преимущественно отоларингологи после соответствующей специализации. Они не имели необходимых знаний по психологии и психиатрии. Педагогические задачи по перевоспитанию личности

не могли быть приведены в соответствие с психотерапевтическими и медицинскими мероприятиями. Уровень подготовки логопедов оставлял желать лучшего. Большинство из них не воспринимали школьный класс как единый коллектив, не говоря уже о том, что идея коллективного воспитания или использования коллектива для лечения заикания была абсолютно чужда им. Обучение и лечение не сливались в единое целое, напротив, между ними пролежала пропасть.

Влияние фашистской идеологии приостановило дальнейшее развитие лечения заикания. Чудовищным примером этого является следующее высказывание Steininger в 1942 г.: «Мы не можем закрывать глаза на то, что дефекты речи, которые необходимо исправлять логопедически, в большинстве своем представляют наследственные недостатки. В связи с этим возникает вопрос, допустимо ли вообще в наше время, когда основной задачей является воспитание лиц со здоровой наследственностью, уделять внимание воспитанию, представляющему такие трудности, детей, страдающих по большей части наследственными заболеваниями». Педагоги, сохранившие профессиональную честность, например Rösler, еще в 1935 г. пытались бороться с подобными воззрениями: «Путем стерилизации мы никогда не добьемся устранения дефектов речи, так как лишь в редких случаях они объясняются наследственностью, большей частью они вызываются совершенно другими причинами».

Разгром фашизма освободил путь для создания антифашистского строя. Необходимо было искупить зло, причиненное лицам, имевшим физические и психические недостатки. В области народного образования этот процесс в то время проявлялся в демократизации немецкой школы. Единообразие и государственность определяли строительство народного образования. Вместе с общобразовательными вновь открылись и специальные школы. Впервые в Германии по инициативе и под руководством Dahlmann при вновь организованном педагогическом факультете Университета им. Гумбольдта в Берлине было создано отделение подготовки преподавателей-логопедов для специальных школ. В дальнейшем на этой базе был образован Институт специальных школ, который в 1969 г. был преобразован в Факультет реабилитационной педагогики и науки процессов общения. В рамках этой организации стало возможным начало целенаправленной научной работы также и по проблеме заикания.

Практическая работа по лечению заикания возобновилась с того теоретического и практического уровня, который был достигнут к началу второй мировой войны. Потребовались большие усилия для создания материальных предпосылок, позволяющих выявить лиц, страдающих расстройствами речи, в том числе и заиканием, и оказать им логопедическую помощь. После образования ГДР теория и практика логопедии в отношении лечения заикания развивались во все более тесном сотрудничестве со специалистами социалистических стран, с привлечением международного опыта изучения этой проблемы.

Изучение заикания в ГДР в сотрудничестве с советскими, чешскими и болгарскими учеными

Со дня своего основания ГДР, став полноправным партнером социалистических стран, использовала возможности тесного научного сотрудничества, вносила в это сотрудничество и свой вклад. Логопедия в ГДР своим восстановлением во многом обязана профессору Dahlmann, первому директору Института специальных школ при педагогическом факультете университета им. Гумбольдта в Берлине. В 1950—1953 гг. по инициативе Dahlmann было проведено обследование школьников в возрасте 6—14 лет для установления распространенности заикания среди них. Было выявлено 0,7% школьников, страдавших заиканием и нуждавшихся в лечении. В 1954 г. Dahlmann поручил К.-Р. Вескер разработку теоретических и практических вопросов заикания. В первую очередь необходимо было ознакомиться с состоянием проблемы заикания, его этиологией, симптоматикой и терапией. Решить эту задачу помогли анализ исторического развития проблемы заикания и его лечения, а также изучение отчетов конференций и заседаний различных медицинских педагогических учреждений, занимающихся этой проблемой. Особое внимание уделялось опыту советских ученых и специалистов других социалистических стран. Положительную роль в этом сотрудничестве сыграла поддержка, которую оказал директор Института дефектологии АПН РСФСР А. И. Дьячков. Тесное сотрудничество советских ученых с учеными ГДР началось с 1955 г. В 1957 г. Н. А. Власова прочла в Университете им. Гумбольдта в Берлине курс лекций, в которых были широко освещены методы логопедической работы с заикающимися детьми.

в СССР. В эти же годы ученик Н. Gutzmann и руководитель фоннатрической клиники при Карловом университете в Праге проф. Seeman ознакомили преподавателей и студентов Института специальных школ со своей теорией заикания. Его обширный опыт опубликован в книге «Дефекты речи у детей» в 1959 г. в трудах института на немецком языке. В своей книге Seeman подробно рассматривает проблему заикания, пытаясь установить его патофизиологические основы. Seeman утверждает, что лабильность вегетативно-аффективной сферы является основой невропатической конституции и одновременно признаком ослабления контрольных функций коры головного мозга.

Возникновение речевой симптоматики Seeman считал следствием динамического сдвига стриопаллидарных функций, вызываемого сильными аффектами. Когда у предрасположенного к заиканию ребенка появляются устойчивые симптомы заикания, образуется замкнутый круг патологических, психических и вегетативных изменений. Seeman отмечал, что эта теория близка к учению И. П. Павлова о неврозах.

На основе этой теории Seeman строит и свой метод лечения заикания. Он состоит в основном из психотерапии, частью которой является дифференцированная система речевых упражнений. Главной задачей психотерапии Seeman считал перевоспитание личности заикающегося, прежде всего преодоление речебоязни, рациональное устранение языковых трудностей и воспитание самодисциплины и умения владеть собой. Все эти мероприятия поддерживаются медикаментозной терапией.

В дальнейшем на кафедре дефектологии Карлова университета в Праге под руководством проф. Sovak развернулась большая научная работа, ставшая широко известной и за пределами ЧССР. В 1957 г. в Праге состоялась организованная кафедрой дефектологии конференция, на которую собрались специалисты из многих социалистических стран. В тематику конференции входили также вопросы логопедии, в том числе проблема заикания.

Sovak, бывший одновременно врачом и логопедом, в своих работах (1968) также старался применить учение И. П. Павлова к проблемам заикания. В процессе совместной работы сотрудников Карлова университета в Праге с сотрудниками Университета им. Гумбольдта в Берлине развилось также сотрудничество в области логопедии, на-

шедшее свое отражение в учебнике К.-Р. Becker, Sovak по логопедии.

Все значительные исследования ученых других стран, работавших над этой проблемой, были проанализированы, обобщены в единый метод, использованный в практической работе в ГДР. Доклад об этом методе был сделан на Второй научной конференции Института специальных школ Университета им. Гумбольдта в 1963 г. Важнейшими положениями этого метода стали:

— личность заикающегося должна рассматриваться в совокупности с окружающей его средой;

— терапия заикания должна быть неразрывно связана с процессом формирования личности и подчинена целям социалистического воспитания и образования;

— необходимо обеспечить сотрудничество педагогов с врачами-специалистами;

— ранняя диагностика, раннее выявление и перевоспитание лиц, страдающих заиканием, являются наилучшими предпосылками для преодоления этого речевого нарушения.

Исследования показали у некоторых заикающихся не большие отставания в моторике; чаще всего это нарушение ритма. Наряду с характерной прерывистостью в речи у многих заикающихся детей наблюдается задержка развития речи по сравнению с нормой. Weuffen (1961) указала на затруднения в подборе слов у заикающихся, что позволяет сделать выводы относительно их мыслительной деятельности. В сфере слухового восприятия Nessel (1958) наблюдал у заикающихся иной характер реакции, обусловленный замедлением обратной речевой связи. Социальное поведение заикающихся часто определяется характерной для них замкнутостью. Иногда неблагоприятное влияние окружающей среды прямо или косвенно вызывает заикание или усиливает его.

Результаты этих исследований позволили обосновать специальные логопедические мероприятия. Они включают работу над моторикой, речевые занятия, упражнения для слухового восприятия, воспитание мышления и социального поведения заикающихся. Все это подчинялось общему педагогическому процессу и объединялось в комплексном методе лечения.

Для практического решения проблемы заикания в ГДР была организована проверка состояния амбулаторной логопедической помощи заикающимся. Положительными моментами этой помощи в то время были относи-

тельно небольшие материальные затраты, а также возможность действовать оперативно и оказывать логопедическую помощь детям в сельской местности. Иногда удавалось выявить заикание на ранних этапах и оказать своевременную логопедическую помощь.

Однако наряду с преимуществами амбулаторная помощь заикающимся имела и ряд недостатков. Например, непосредственные логопедические мероприятия могли проводиться только в определенный ограниченный отрезок времени. Этот и другие недостатки, без всякого сомнения, можно было устранить в специальных детских садах. Эффективность работы в таких детских садах значительно возрастала.

В 1950 г. Zörpel организовал первый такой детский сад в Карл-Маркс-Штадте. В работе с заикающимися, зачастую ранее неудовлетворительной, значительную помощь оказал опыт, переданный Н. А. Власовой.

К.-Р. Becker, изучив достижения советских специалистов, применил их в специальных школах для детей с расстройствами речи. Ему удалось объединить обучение, воспитание и терапию в единое целое и преодолеть, таким образом, противоречие между специальными логопедическими требованиями и требованиями школьной программы [Becker, 1965, 1970].

На примере специальных учреждений Лейпцига Zschoske (1969) показал, каким образом благодаря единой системе логопедических мероприятий в логопедических консультациях, специальных детских садах и начальных классах логопедических школ обеспечивается эффективность терапии заикания. Полностью реабилитированы бывают 70—80% заикающихся. Однако неразрешимой оставалась проблема терапии тех 20—30% заикающихся, которые, несмотря на оказанную им помощь, не смогли достичь здоровой речи. Особый интерес в этом отношении представляло лечение сном школьников, страдающих тяжелым заиканием, применяемое в практике Пражской логопедической школы под руководством врача Zahalkova-Pawlowa и логопеда Zima (1951). Кроме того, был использован опыт врачей Д. Даскалова и А. Атанасова, накопленный в Болгарии при клиническом лечении взрослых заикающихся [Даскалов Д., 1961].

Оба ученых исходили из положения, что нозологически заикание неоднородно, но в большинстве случаев удается установить его функциональную природу. На основе изучения условных рефлексов они пытались объяснить сущ-

ность заикания как невроза. Согласно их мнению, заикание является результатом функционального истощения нервных клеток. Это может касаться как центральной нервной системы в целом, так и отдельных ее отделов. Речевые структуры как наиболее позднее достижение филогенетического развития в период онтогенеза очень ранимы.

Болгарские ученые в терапии заикания исходили из патофизиологических основ заболевания. При лечении заикания у взрослых они опирались на коллективный метод: в клинических условиях организовывали двухмесячный курс лечения. Лечение проводили в две фазы: первая фаза включала в себя щадящий режим, в том числе терапию сном; вторая фаза заключалась в стимулирующем режиме, включавшем перевоспитание личности заикающегося в различных аспектах.

Д. Даскалов в 1962—1963 гг. работал в Институте специальных школ при университете им. Гумбольдта в качестве доцента. Вместе с К.-Р. Веcker он руководил экспериментальной работой, проводимой Stange. Необходимо было исследовать условия воспитания, обучения и терапии школьников с тяжелой формой заикания в возрасте 9—10 лет в специальном детском санатории. Успехи, достигнутые в лечении заикания в специальном санатории, подтвердили правильность избранного пути. Изучение катамнеза этих детей через 2 года показало удовлетворительные результаты.

В 1968 г. приказом Министерства здравоохранения ГДР был открыт санаторий для детей, страдающих тяжелой формой заикания в маленьком городке, расположенном в горах в Тальхайме.

В 1978 г., по случаю 10-летия этого санатория, Школьный комитет (SC) при Международном обществе логопедов и фонистров (IALP) постановил провести свой очередной Симпозиум в г. Тальхайме с 1 по 8 сентября 1978 г. Симпозиум был посвящен вопросам «Нарушения темпа речи» (заикание и полтерн). Надо отметить, что в докладах, представленных на симпозиуме, отмечался ряд положений, уже не вызывающих разногласий, а именно: что при лечении заикания необходимы: совместная работа врача и логопеда; дифференциальная диагностика, работа с родителями и с окружающими.

Но все же несмотря на это единое мнение, сторонники его являются представителями различных теоретических концепций и методов. Так, довольно четко выявились

две концепции — одна объединяла представителей Норвегии, Швеции, США, Голландии, придерживающихся в основном взглядов и положений Van Riper (США). Другую позицию занимали делегаты из ГДР, Венгрии, Бельгии, СССР, Швейцарии и другие докладчики.

Van Riper в своем методе объединяет обучение и теорию частичной помощи, а также элементы психотерапии.

Его метод рассчитан главным образом на лечение заикания у взрослых и подростков, т. е. на лиц, которых заикание беспокоит уже в течение длительного времени.

В основе его теории, рассчитанной на взрослых, большую роль играет так называемый прием не избегать заикания. Заикающиеся учатся «легче заикаться». Такое противоречивое суждение Van Riper применяет с терапевтической целью, считая, что расслабление («легче заикаться») поможет заикающемуся и приблизит его к плавной речи. Так как заикающиеся, разговаривая сами с собой, не страдают этим речевым дефектом, то Van Riper исключает с ними все речевые упражнения, кроме упражнений для лиц страдающих косноязычием.

Позиции представителей Советского Союза и ГДР совпадают, положения их изложены в данной книге. Эти позиции исходят из диалектико-материалистической теории познания, включающей биологические, социальные аспекты, личность и окружающую среду в диалектическом единстве. Все эти элементы, взаимосвязанные с этиологией и патогенезом заикания, принимаются во внимание при его лечении. Кроме того, все эти данные имеют большое значение для дифференциальной диагностики каждого отдельного случая, а также для применения необходимой комплексной реабилитации личности заикающегося.

Особое внимание в последние годы в ГДР уделяется раннему распознаванию речевых расстройств и особенно заикания для оказания своевременной помощи.

В ГДР издано много общедоступной литературы, знакомящей читателей с развитием речи ребенка, дающей сведения о правильном развитии речи, мышления и его моторики и о том, куда необходимо обращаться за помощью.

И все же, несмотря на достигнутые результаты, остается еще не разрешенным такой вопрос, как рецидивирующее заикание. Исследования в этой области продолжаются.

Проблема лечения взрослых заикающихся еще нуждается в научной разработке. Условия для этого создаются на Факультете реабилитационной педагогики и науки процессов общения в Университете им. Гумбольдта в Берлине. Большую помощь в этом оказывает сотрудничество с Лабораторией функциональных и других видов патологии речи при ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в Москве.

Система логопедических учреждений ГДР, в том числе занимающихся лечением заикающихся, в настоящее время имеет следующий состав.

В системе Министерства народного образования находятся: специальные педагогические консультации для лиц с дефектами речи; специальные группы в детских садах; специальные детские сады и интернаты для дошкольников, страдающих дефектами речи; специальные школы или интернаты с классами с 1-го по 3-й, а также с 1-го по 10-й.

В системе Министерства здравоохранения находятся: специальные клиники при больницах и специальные отделения в поликлиниках, в штате которых предусмотрены логопеды; логопедический детский санаторий.

Научными исследованиями заикания занимается преимущественно Факультет реабилитационной педагогики и науки процессов общения при университете им. Гумбольдта в Берлине.

Некоторый вклад вносят также Отделение изучения речи в Университете им. Мартина Лютера в Галле, фониатрические отделения при отоларингологических клиниках, а также психоневрологические клиники при университетах и медицинских академиях.

Глава 2 ЭТИОЛОГИЯ ЗАИКАНИЯ

Заикание характеризуется клонической или тонической прерывистостью речи. Мы отличаем в настоящее время эволюционное заикание от заикания, возникающего на фоне органического поражения центральной нервной системы, вялотекущей шизофрении и других прогрессивных и непрогрессивных нервно-психических заболеваний. Эволюционным называется заикание, развивающееся в период становления детской речи в возрасте 2—5

лет, относящееся к особому виду патологического реагирования детей этого возраста.

Ряд факторов в силу возрастных особенностей речи ребенка может обуславливать возникновение заикания, например общая предрасположенность в определенной фазе возрастного развития ребенка. На этом фоне эндогенные моменты также могут способствовать возникновению заикания (органические поражения мозга, особенности его анатомо-функционального строения, наследственность). Их можно назвать индивидуальной предрасположенностью. Личность человека развивается путем индивидуального освоения социального опыта во взаимодействии с окружающей средой. В этот процесс входит и онтогенез речевого развития.

Общая предрасположенность к заиканию, обусловленная развитием ребенка

Имеются в виду факторы, действующие на развитие ребенка дошкольного возраста, играющие в возникновении заикания неспецифическую, но заслуживающую внимания роль. Эти факторы часто недооценивают при определении причины заикания.

Возрастные особенности деятельности мозга

Отношения индивидуума с окружающим миром в определенной мере зависят от зрелости его центральной нервной системы, имеющей в детском возрасте специфические особенности.

Большие полушария головного мозга в основном формируются к 5-му году жизни, причем к этому возрасту оформляется функциональная асимметрия в деятельности головного мозга [Шевченко Ю. Г., 1972], которая, как известно, прежде всего связана с речью. Мозг 12-летнего ребенка в основных пропорциях сходен с мозгом взрослого.

Особенности онтогенеза центральной нервной системы обуславливают особую ранимость детей дошкольного возраста. Речевая функция, как онтогенетическая, наиболее дифференцированная и наиболее поздно созревающая, особенно хрупка и ранима, причем более медленное ее созревание у мальчиков по сравнению с девочками обуславливает более выраженную неустойчивость нервной системы мальчиков.

Ускоренное развитие речи

Речь идет о так называемом периоде бурного развития речи на 3—4-м годах жизни ребенка, когда коммуникативная, познавательная и регулирующая функции речи быстро развиваются под влиянием речевого общения со взрослыми [Лурия А. Р., 1955]. У многих детей в это время наблюдается повторение слогов и слов, при поверхностном рассмотрении сходное с заиканием. Но это — физиологическое явление, связанное с недостаточной автоматизацией речевой моторики. Атактическое заикание Ноерфхнер, Nadoleezny (1928) относят за счет несоответствия между относительно большим объемом понимания речи и еще неполноценной способностью ее воспроизведения. Arnoldt характеризует это состояние как простую речевую неготовность.

Если несколько глубже вникнуть во взаимосвязь между возникновением заикания и быстрым развитием речи, то можно проследить некоторые существенные моменты: в период бурного развития речи наблюдается значительное накопление словарного запаса, причем, по данным Смидт (1958), Б. Г. Ананьева (1960) и др., в возрасте 2½—4½ лет наблюдается наиболее интенсивное обогащение словарного запаса. Это является следствием активно задаваемых детьми вопросов: «А что это?» Одновременно с развитием речевой активности совершенствуются и общие двигательные возможности ребенка, особенно функция рук [Мануйленко С. В., 1953; Кольцова М. М., 1973; Запорожец В. В., 1960, и др.]. На последующих этапах речевого развития дети начинают спрягать и склонять слова (использовать флексии). С. Л. Рубинштейн (1958) придает этому явлению большое значение, так как благодаря ему ребенок впервые может выразить свое отношение к предметам. Это и составляет важную предпосылку для развития мышления.

Дети оперируют не просто приобретенными словами, их возможными грамматическими формами, а начинают обращаться с ними и пользоваться ими самостоятельно и творчески. М. М. Кольцова (1973), Б. Г. Ананьев (1960) и др. объясняют эти явления тем, что значение слова начинает выделяться из непосредственно предметного комплекса раздражителей, и ребенок может его переносить на другую ситуацию и связывать с ней, а это означает, что аналитико-синтетический процесс мыслительной и рече-

вой деятельности значительно усложнился (под анализом понимается абстрагирование от несущественных признаков, а под синтезом — обобщение существенных признаков).

В целом к концу периода раннего детства и к началу дошкольного возраста мышление еще в основном образное и основано на конкретном, эмоциональном восприятии. Эти особенности мышления проявляются во всех видах деятельности ребенка дошкольного возраста. Цель, к которой стремится ребенок, часто превышает его возможности, а вместе с тем его интеллектуальное развитие еще недостаточно для определения границ своих возможностей. Если эти обстоятельства не принимают во внимание родители или воспитатели, то могут возникнуть сильные аффективные реакции. Такие реакции обычно называют упрямством. Не будем останавливаться подробно на проблематичности такого определения, но учтем точку зрения Metzger — данное явление он определяет как «реакцию короткого замыкания». Здесь мы имеем дело с аффективным срывом, проявляющимся без нашего желания и сильно действующим на ребенка.

Аналогичные явления обнаруживаются и в речи, поскольку дети часто подкрепляют речью свои действия. Несмотря на полное усвоение смысловых связей, значительное увеличение словарного запаса и все учащающееся использование флексий, у детей в возрасте 3—4 лет еще не всегда бывает достаточный речевой запас, чтобы придать содержанию своего мышления соответствующую форму. Словесные обозначения понятий более высоких ступеней интеграции не всегда правильны. Иногда понятия выражаются слишком узко, а иногда они недопустимо расширяются. Многие дети с помощью увеличивающейся у них способности к критике сами понимают по реакции своего партнера по разговору свои недопустимые ошибки и уже сознательно воспринимают свой недостаток в подборе слов.

Взрослые часто обращают внимание детей на такие ситуации и травмируют их, вместо того чтобы незаметно помочь исправить ошибки. Дети реагируют на такие недостатки своей речи преимущественно аффективно, поэтому возникшее повторение слогов и слов можно рассматривать как выражение несовершенства, неуверенности речи как стремление преодолеть свои дефекты. Понимание речи всегда предшествует овладению речью (и взрослые обладают большим пассивным запасом слов, чем

активным), но влияние этой закономерности весьма различно в зависимости от возраста и развития человека.

Описанные итерации (повторения) возникают не так часто, больше проявляются в период интенсивного развития речи и имеют физиологический характер. Объяснение физиологических итераций в период интенсивного развития речи может быть следующим.

Использование речевого материала в качестве средства абстрактного мышления и обмена мыслями требует образования речевых условных связей высшего порядка. Речь предъявляет высокие требования к тонко дифференцированной моторной деятельности, совершенство которой зависит как от степени зрелости центральной нервной системы, так и от упражнений и связанных с этим развитием автоматизмов движений, что у детей в фазе быстрого развития речи оказывается еще недостаточным. Это приводит к не всегда правильной реализации стремления к речи.

Такая речевая неполноценность нормальна, она обусловлена фазой развития и более или менее проявляется у всех детей. Но следует иметь в виду, что эта фаза может способствовать проявлению речевой недостаточности и переходу ее в патологическое явление и даже вызвать заикание. Управление развитием речи является важной педагогической задачей, при решении которой, к сожалению, слишком часто допускают ошибки. Johnson (1942) назвал насильственное подавление таких физиологических особенностей речи ребенка семантогенным промахом и доказал его опасность в смысле развития вторичного патологического заикания.

Роль социальных условий в развитии речи

Развитие речи зависит от многих социальных причин.

С. Л. Рубинштейн (1961) убедительно доказывает, что овладение родной речью, подлинно живым языком происходит в процессе живой, мотивированной деятельности и социального общения. Первый контакт ребенка с общественной средой, как правило, создается матерью. Она заботится о его здоровье, хорошем самочувствии, прививает ему гигиенические навыки, а также первые нравственные нормы. Ребенку приходится включиться в союз

семьи или детской группы в яслях, в детском доме. Так ребенок сталкивается с определенными отношениями в окружающей его среде. Эти связи и отношения создаются при определенных условиях, в целом составляющих педагогический климат. По мнению А. И. Сорокиной (1953), это и есть содержание морального воспитания. Поскольку речь социально детерминирована и служит средством отражения общественного существования, в ее содержании, а также в ее развитии отражается ситуация воспитания. Показательным примером этого являются исследования предпосылок к речи у детей из дневных и недельных яслей и детских домов, проведенные Schmidt-Kolmer (1960). Автор сделала вывод, что важнейшими задачами воспитания грудных детей и детей раннего возраста являются: а) создание положительной эмоциональной настроенности и активности путем сердечного и любовного обращения и установление постоянной связи между ребенком и ухаживающим взрослым персоналом; б) побуждение к многосторонней активности, создающей основу процесса обучения и развития представлений об окружающей ребенка действительности, дифференцировка активности путем смены окружения ребенка, игровой ситуации, руководства играми, движениями и готовности к действиям руками; в) обеспечение речевого развития путем систематического обращения к ребенку с ласковой речью, начиная с первых месяцев его жизни. Тщательное наблюдение за речевым развитием, планомерное проведение мероприятий, воспитывающих речь, путем доступных ребенку разнообразных игр, организация правильного режима, тесный контакт с окружающей ребенка обстановкой — это путь к стимулированию развития у него процессов абстрагирования и обобщения и тем самым к осознанному процессу мышления и к гармоничному развитию личности. Серьезные недостатки педагогического климата могут способствовать развитию заикания.

Индивидуальная предрасположенность к заиканию

Роль конституциональной предрасположенности

Как уже было сказано, неврозы легче возникают на почве конституциональной предрасположенности. Такой взгляд на возможность возникновения неврозов А. Г. Иванов-Смоленский (1954) формулирует следующим обра-

зом: «Все же эти неврозы являются результатом взаимодействия обоих факторов, т. е. расстройства как психического, так и соматического происхождения, тем более, когда в первом случае вегетативная нервная система в какой-либо форме охвачена заболеванием (а вместе с ней и весь организм). Но и во втором случае нередко встречается повышенная ранимость высшей нервной деятельности и ее особая подверженность психическим травмам».

Роль поражения головного мозга в раннем детском возрасте

Поражение головного мозга может происходить в различные периоды развития под влиянием многих вредных факторов: внутриутробные (механические, химические, обменно-трофические, эндокринные, инфекционно-воспалительные, несовместимость крови матери и плода); родовые травмы и асфиксия; постнатальные — инфекционные, травматические и обменно-трофические нарушения при различных детских заболеваниях.

Указанные причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития и к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания. Симптоматика зависит от тяжести, времени и причины поражения мозга, а также от возрастной фазы развития ребенка. Симптомы поражения центральной нервной системы не представляют собой законченной картины, отражающей стабильное состояние, а проявляются весьма изменчивыми формами вследствие большой пластичности детского мозга и под влиянием формирующих воздействий окружающей среды.

Аномальные черты характера

Характер человека складывается в ходе развития его личности. Поражения мозга в раннем детском возрасте могут приводить к последующим психическим изменениям, проявляющиеся своеобразием характера. Социальные условия развития могут играть положительную выравнивающую роль, но могут оказывать и отрицательное, неблагоприятное воздействие. Эти аномальные черты преморбидного состояния характера способствуют

формированию специфической структуры личности больного, отдельные варианты которой predisполагают к возникновению заикания.

Роль наследственных факторов

Высокий процент заикающихся с отягощенной наследственностью по заиканию наводит на мысль о вероятности наследственного фактора. Данные мировой литературы по этому вопросу разноречивы.

Известный ученый психиатр проф. В. А. Гиляровский (1932) в своей большой работе «К вопросу о генезе заикания детей и роли его для общего развития личности и его лечения» пишет: «Признавая несомненным, что в развитии заикания играют роль наследственные моменты, нельзя все же считать его наследственным заболеванием в собственном смысле»...¹. В. А. Гиляровский был склонен согласиться с авторами, считающими, что заикание развивается на почве врожденной слабости речевого аппарата, которая может передаваться по наследству в качестве рецессивного признака. Эту точку зрения разделяет и Borel-Maisonny (1964), присоединяясь к мнению Гиляровского, она указывает еще и на большое значение экзогенных факторов, когда предрасположенность к заиканию сочетается с неблагоприятными воздействиями окружающей среды, что может способствовать появлению заикания у детей.

Подробное исследование, проведенное психологом Рет-как при лечении 155 учеников специальной школы для детей с расстройствами речи в Лейпциге в 1972—1975 гг., показало, что 58,1% детей имели прямых родственников, страдающих заиканием. В этих случаях очень трудно отделить наследственность от подражания. Наследственные факторы могут проявляться в форме индивидуальной предрасположенности, которая может привести к заиканию. Однако это совсем не обязательно. Как показали исследования, проводимые в детском логопедическом полустационаре в Москве в больнице им. З. П. Соловьева, при наличии заикания у одного из родителей в многодетных семьях заикание возникало лишь у тех детей, у которых эта предрасположенность сочеталась с воздействи-

¹ Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания детей и роли его для общего развития личности и его лечение. — Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1932, т. 1, вып. 9—10, с. 570—582.

ем ряда неблагоприятных внешних факторов. Это были соматогенные и различные психогенные моменты и т.п. [Власова Н. А., 1965].

Роль функциональной асимметрии мозга

Одним из направлений поисков этиопатогенеза заикания явилось исследование латерализации полушарий мозга. Изучение особенностей организации биоэлектрической активности коры больших полушарий в процессе речевой деятельности, проведенное И. В. Даниловым и И. М. Черепановым (1970), показало, что общие для обоих полушарий биоэлектрические процессы, характерные для нормальной речи, резко расходятся во времени при заикании. Результаты исследования, по мнению авторов, свидетельствовали о нарушении ведущей роли левого полушария в организации речевого акта у этих больных. Данные И. В. Данилова и И. М. Черепанова совпали с результатами, полученными Кюри и Нуго (1969), изучавших функциональную асимметрию мозга у лиц, страдающих заиканием, используя методику дихотического прослушивания. Эти авторы констатировали отсутствие у заикающихся доминантности левого полушария. В противоположность результатам этих работ большинство исследователей не выявили у лиц с заиканием каких-либо различий в функциональной асимметрии мозга по сравнению с нормально говорящими людьми [Кок Е. П., 1969; Первова Б. В., 1969; Рахмилевич А. Г., 1975; Шкловский В. М., 1976; Trawis, 1957; Donalass, 1963].

Можно предполагать, что противоречивость результатов исследования разных авторов была связана как отсутствием клинической дифференциации больных, так и с разными условиями исследования: одни авторы изучали межполушарные взаимоотношения в процессе патологической речевой деятельности, и в этом случае нарушение доминантности могло быть не причиной, а следствием аномального речевого процесса, вернее, одним из компонентов патологического протекания рефлексорного акта, другие же, напротив, исключили из своих исследований речевую деятельность. В любом случае вопрос о значении функциональной асимметрии больших полушарий мозга в патогенезе заикания остается открытым и требует дальнейшего изучения. Известно немало клинических наблюдений, свидетельствующих о тесной связи заикания с амбидекстрией [Флоренская Ю. А., 1930; Sovak, 1963].

Sovak указывает, что у 33% обследованных детей с перевоспитанной леворукостью можно установить связь между вынужденной праворукостью и заиканием. В возникновении заикания он придает значение частичному перевоспитанию леворукости и на основании большого процента заикающихся в этих условиях считает перевоспитание этой моторной аномалии очень неблагоприятным.

Мы считаем целесообразным без принуждения, равномерно в играх стимулировать функцию обеих рук у левой. М. М. Кольцова (1973) пишет: «Надо просто стремиться к тому, чтобы и правая рука ребенка активно функционировала. Лучше всего это удастся в играх».

К сожалению, это обстоятельство недостаточно разъясняют родителям и воспитателям. Основываясь на ошибочных представлениях, взрослые сознательно или бессознательно принуждают детей пользоваться правой рукой. При упражнении левой рукой ребенок сможет добиться значительно лучших успехов в пользовании ею, а по мере созревания центральной нервной системы он с не меньшим успехом и без ощущения неудобства будет пользоваться и правой рукой.

Роль соматической ослабленности и инфекционных заболеваний

Различные постнатальные вредности — нарушения питания, инфекции и травмы центральной нервной системы могут быть причиной поражения мозга. Эти вредности нередко вызывают различные нарушения нервно-психической деятельности.

У ребенка в первую очередь нарушаются функции, наиболее интенсивно развивающиеся на данном этапе. Если ребенок страдает тяжелым инфекционным заболеванием в период, когда он начинает ходить, он теряет уже усвоенный навык передвижения, и требуется определенное время для того, чтобы он вновь научился ходить. То же наблюдается и в отношении речи, но эти явления сильнее выражены, поскольку речь — более сложная функция.

В. А. Гиляровский по этому поводу пишет: «У детей того возраста, к которому относятся наши заикающиеся, нередко после тяжелой инфекции утрачиваются недавно приобретенные функции, так что им снова приходится учиться ходить и говорить. Естественно, при этом, что особенно должно страдать развитие такой высоко диф-

ференцированной функции как речь. Об этом тем более можно думать, что у детей после инфекции нередко наблюдаются вообще гиперкинетические расстройства, иногда комбинирующиеся с заиканием, дрожание конечностей, подергивание в лице, нистагм...»¹

Прерывания в речи, сходные с заиканием, могут возникать при травматических поражениях центральной нервной системы, особенно корковых «речевых» зон. Это возможно и в более старшем возрасте, когда симптомы заикания могут наблюдаться одновременно с афазией и дизартрией.

Социальные факторы, способствующие возникновению заикания

Роль окружающей среды

Отношение окружающих имеет решающее значение как для течения заикания, так и для появления вторичных симптомов, таких, как капризы, резкая раздражительность, упрямство у детей дошкольного возраста, а позднее одного из тяжелых вторичных симптомов заикания — страха речи. Редко бывает так, чтобы родители правильно и успешно помогали ребенку в момент появления заикания и положительно влияли на его речь. Одни пытаются исправить речь ребенка самостоятельно: обращают внимание на каждую его ошибку и запинку и принуждают ребенка к подражанию или правильному повторению. Чаще всего ребенок из-за этого только сильнее сосредоточивается на дефекте своей речи. Он старается иногда подражать говорить правильно, но, чем больше старается, тем сильнее заикается. Чем больше заикающийся фиксирует внимание на своих речевых неудачах, даже ребенок дошкольного возраста, тем хуже становится его речь.

В других случаях родители обращаются с начавшим заикаться ребенком как с больным. Они открыто выражают ему свое сочувствие, волнуются, идут на разнообразные уступки, чрезмерно «заласкивают» его. Дети чрезвычайно быстро замечают, что симптомы заикания дают им какие-то преимущества и не стремятся от них

¹ Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания детей и роли его для общего развития личности и его лечения. Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1932, т. 1, вып. 9—10, с. 570—572.

избавиться. Некоторые родители пытаются подавить заикание ребенка постоянными порицаниями, но это только усугубляет степень заикания. Ребенок, воспитанный таким образом, занимает или защитную, или агрессивную позицию.

Иногда дети пытаются избежать судорожных проявлений различными побочными движениями, но таким способом им не удается устранить заикание, а вторичные психические нарушения возрастают.

Наиболее серьезным невротическим расстройством, к которому может привести заикание, является страх перед речью. В дошкольном возрасте это явление более редкое, но все же если в детском коллективе заикающийся ребенок сталкивается с насмешками и непониманием того, что он хочет сказать — это приводит к тому, что он начинает чуждаться детского коллектива, перестает общаться с детьми, это первые симптомы страха речи. Несомненно, что неправильное поведение окружающих, непонимание всех переживаний заикающегося ребенка приводит часто к резкому изменению его характера — он становится озлобленным или, наоборот, застенчивым.

При поступлении в школу заикающийся ребенок не всегда справляется с резкими изменениями в социальном окружении и возросшими требованиями и тогда все эти черты характера значительно усиливаются, особенно при чтении, ответах на вопросы или в спонтанной речи перед классом.

Заикающийся ученик не всегда находит понимание со стороны учителя. Неправильное отношение к себе травмирует заикающегося иногда настолько, что он начинает ненавидеть школу, пропускает уроки, отрывается от жизни в коллективе класса.

Семейные условия, а также условия жизни в коллективе детского сада, школы действуют на развитие личности и характера ребенка как в отношении социального поведения, так и в отношении успешности занятий в школе.

Роль хронических конфликтных переживаний

Под хроническими конфликтными переживаниями подразумеваются длительные отрицательные эмоции в виде стойких психических напряжений или неразрешен-

ных, постоянно закрепляемых конфликтных ситуаций. Основой этих напряжений и конфликтов является эмоциональная возбудимость детей дошкольного возраста и их еще несовершенное интеллектуальное восприятие окружающего мира.

Часто возникают противоречия между индивидуальными стремлениями и требованиями воспитания. Эти противоречия следует устранять с педагогическим тактом, давая понять ребенку, что его требования не обоснованы или поведение неверно.

Кроме того, постоянное эмоциональное напряжение может встречаться при дисгармоничной семейной обстановке. Все эти обстоятельства приводят к неправильному поведению ребенка и часто к аффективным реакциям.

Хронические конфликтные ситуации в большинстве случаев являются последствиями как отрицательного влияния средового окружения, так и неправильных приемов воспитания.

В связи с этим необходимо учитывать еще и то обстоятельство, что все перечисленные факторы действуют на ребенка в самый ответственный для него период, т. е. период формирования речи, характера и личности (4—5-летний возраст).

Понятно, что функция речи, как наиболее хрупкая, в этом возрасте может пострадать в первую очередь. Данные наблюдений, проведенных за последние годы рядом ученых как Советского Союза, так и ученых ГДР полностью это подтверждают.

Роль неправильного воспитания

Диапазон возможных ошибок воспитания исключительно велик. Destinus (1961) пытался установить связь между ошибками воспитания и детскими неврозами. В своих исследованиях он придавал значение следующим факторам: избалованности, императивному воспитанию, неровному воспитанию и «воспитанию примерного ребенка».

Избалованный ребенок, как правило, недостаточно активно вступает во взаимодействие с окружающими. Низкие требования приводят к тому, что ребенок не может по настоящему и всесторонне проявить свои возможности и при самостоятельном преодолении стоящих перед ним задач вынужден подчиняться другим детям. В таких слу-

чаях ребенок реагирует боязливостью, неуверенностью и скованностью.

При этом опять-таки страдает формирование соответствующего возрасту поведения. Избалованные дети нередко подвергаются насмешкам со стороны товарищей по играм и еще больше отстраняются от детей. Нарушается социальный контакт с коллективом. Избалованные дети склонны удовлетворять свои желания, проявляя упрямство и агрессивность.

Императивное воспитание. В этом случае ребенок, в противоположность избалованному, лишен родительской любви и понимания. В такой ситуации ребенок получает одностороннее воспитание и реагирует на принуждение, если оно очень резкое, сопротивлением и агрессией.

Неровное воспитание. Еще чаще, чем указанные выше ошибки в воспитании, встречаются ситуации, когда отсутствует единство действий и требований воспитателей. Противоположность между строгостью и баловством, между высокими и низкими требованиями к ребенку вызывает у него двойственное состояние, возбуждение и торможение одновременно. Destinus (1961) придерживается мнения, что неровное воспитание часто приводит к фобическим явлениям. Позднее можно ожидать различных невротических проявлений, являющихся благоприятной почвой для возникновения заикания.

Воспитание «примерного ребенка». Воспитание так называемого «паньки» характеризуется высокими требованиями и развитием чрезмерного тщеславия. Такие дети не считаются ни с чем и поэтому имеют асоциальные стремления.

Если такой ребенок терпит неудачу, то его реакция может оказаться депрессивной или боязливой.

Психогенные факторы, вызывающие заикание

Как уже было сказано, общая предрасположенность, обусловленная развитием, может быть благоприятным фоном для возникновения заикания. Индивидуальная предрасположенность биологического характера, напротив, дает непосредственный толчок к началу заикания.

Но одна предрасположенность не ведет к неврозу. Решающими для его возникновения остаются экзогенные или психические травмы. Следует отличать однократные сильные психические потрясения от хронических конфликтных состояний. Единичные, более или менее сильные пси-

хические воздействия, макротравмы, следует отличать от хронических конфликтных состояний, микротравм. Независимо от того, к какой из упомянутых групп относятся экзогенные вредности, на незрелый детский мозг они действуют особенно сильно.

Острые тяжелые психические травмы. Под этим понимаются сильные, неожиданно возникающие потрясения, вызывающие чрезвычайно живую и острую ответную аффективную реакцию, чаще всего состояние страха или ужаса, но также и чрезмерно радостные состояния.

Дети дошкольного возраста в силу своей эмоциональной возбудимости и еще неполноценной интеллектуальной способности к переработке многообразия экзогенных воздействий больше, чем взрослые, подвержены бурным аффективным реакциям.

Глава 3

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАИКАНИЯ

Состояние вопроса

Попытки определить механизмы возникновения судорожных нарушений речи привели исследователей к заключению, что дискоординация мышц речевого аппарата является вторичной.

Представление о заикании как патологическом рефлекторном акте преимущественно в области речевых систем, развившемся на общем невротическом фоне, дано в работах С. С. Ляпидевского (1960), Seeman (1965) и др. Н. П. Тяпугин (1960), Г. И. Шостак (1967), Sovak (1968) и др. считают первичным при заикании срыв высшей нервной деятельности в результате перенапряжения нервных процессов в коре головного мозга вследствие эмоционального стресса. Извращаются индукционные отношения между корой и подкорковыми образованиями, что приводит к нарушению темпа, плавности и модуляции речи, появлению судорог в мышцах, участвующих в образовании звуковой речи. По мнению Н. И. Жинкина (1958), в результате срыва индукционных взаимоотношений между корой головного мозга и подкорковой зоной происходит ослабление экстрапирамидного импульса, ведущее к тоническому расширению глоточной трубки, в то

время как импульс, идущий по пирамидному пути на ротовую полость, остается нормальным. Вследствие этого, по мнению автора, нарушается непрерывность в отборе звуковых элементов при составлении разнометричного алгоритма слов. Близко к этим представлениям мнение В. А. Куршева (1973), который считает, что заикание является преходящей функциональной афонией, развивающейся вследствие психической травмы. В момент заикания механизм голосообразования выходит из-под произвольного контроля, а за дыхательным и артикуляторным аппаратами произвольный контроль сохраняется.

Интересные экспериментальные данные получили И. В. Данилов, И. М. Черепанов (1970), Soderberg (1968), показавшие, что задержка акустических сигналов речи меняет речь заикающихся. Это наводит на мысль о том, что вероятной основой заикания является расхождение между костной и воздушной слуховой проводимостью [Webster, Lubker, 1968], а также патологически стойкое рассогласование систем речевых реакций и афферентных слуховых и кинестетических раздражений [Васильева В. И., Воронин Л. Г., Некрасова Ю. В., 1967]. Нарушение стереотипии речевой деятельности, по данным Л. Г. Воронина с соавт. (1966), влечет за собой возникновение патологически стойкого ориентировочного рефлекса, связанного с экспрессивной речью, что в свою очередь способствует поддержанию патологического возбуждения в системе речедвигательного анализатора.

Данные ЭЭГ страдающих заиканием в подавляющем большинстве получены на клинически недифференцированном материале и противоречивы [Крышова Н. А. Штейнгардт К. М., 1968; Деглин В. Я., Драпкин Б. З., 1969, и др.]. При изучении биоэлектрической активности коры больших полушарий у больных, разделенных на группы с заиканием на фоне невротических расстройств (первая группа) и с заиканием на фоне диффузного органического поражения мозга (вторая группа), были получены более определенные результаты. У больных с заиканием на фоне невротических расстройств на ЭЭГ была отмечена тенденция к десинхронизации волнового процесса и снижению амплитуды колебаний, а при заикании на фоне органического поражения мозга, напротив, имелась тенденция к гиперсинхронизации биоэлектрической активности [Белякова Л. И., 1975, и др.]. Помимо диффузных изменений, у больных второй группы были зарегистрированы локальные нарушения в виде регулярного тета-ритма

в центральных областях коры больших полушарий [Белякова Л. И., 1975].

Кросскорреляционный анализ ЭЭГ, по данным И. В. Данилова, И. М. Черепанова (1970), позволил отметить у заикающихся нарушение нормальных взаимоотношений между полушариями головного мозга. По мнению этих авторов, левое полушарие у страдающих таким дефектом речи не может в полной мере осуществлять свою ведущую роль по отношению к процессам, происходящим в правом полушарии. По представлению И. В. Данилова и И. М. Черепанова, заикание развивается вследствие срыва высшей нервной деятельности после психической травмы, что вызывает расхождение во времени поступающего в центральную нервную систему обратного речевого сигнала в правом и левом полушариях головного мозга. Результатом этого является несоответствие между временными соотношениями восприятия обратного звукового сигнала, являющегося командой для следующей операции, и временем подачи формирующегося текущего импульса на исполнительный речедвигательный аппарат. Возникающее несоответствие может вызвать «задержку» очередного звука или слова, и в исполнительном аппарате будет «циркулировать одна и та же система возбуждения до тех пор, пока не пройдет возникающая «задержка».

Использование электромиографических методов расширило возможности изучения патофизиологии речевой артикуляции. В работах Ю. С. Юсевич (1963), Э. С. Бейн, П. А. Овчаровой (1970) обоснованно сделаны выводы, что изучение биоэлектрической активности мышц позволяет судить об определенных сторонах физиологии речевой деятельности, так как мышечные биопотенциалы отражают регуляцию процессов артикуляции. Как показали работы Ю. С. Юсевич (1963), с помощью этой методики можно дифференцировать функциональные и органические расстройства.

Многочисленные исследования электромиограмм артикуляторных мышц позволяют уверенно судить о роли речевых кинестезий как базального компонента речевой функции [Тонконогий А. М., 1968, и др.].

В формировании любого речевого кода (слухового, зрительного или кинестезического) во всех случаях участвует речевая мускулатура. Овладение любым языком предполагает очень точную дифференциацию всех элементов слышимой, произносимой или читаемой речи (фо-

немы, артикулемы, графемы), и этот анализ неизбежно связан с речедвигательным произнесением слов вслух, шепотом или про себя, а при обучении письму к этому добавляется раздельное графическое изображение речевых элементов [Соколов А. Н., 1968, и др.]. Впоследствии, когда эти разномодальные речевые коды сформируются, необходимость в развернутом проговаривании слов отпадает, но и в этом случае контролирующая функция речедвигательного механизма все же сохраняется и проявляется в форме скрытых импульсов внутренней речи, или скрытой артикуляции. Из этого следует, что моторное звено речевой системы является не только исполнительным механизмом, ему принадлежит определенная роль в формировании речевого кода посредством обратной (проприоцептивной) афферентации.

Многрамма выявляет конечный результат полной деятельности нервно-мышечного прибора, обеспечивающего координированные движения или членораздельную речь [Юсевич Ю. С., 1963]. Многрамма речевых мышц показывает, что у здорового человека каждое определенное слово имеет свой четкий «мышечный» рисунок [Черепанов И. М., 1965; Крышова Н. А., Штейнгарт К. М., 1968, и др.].

При заикании во время проговаривания вслух различных по трудности слов и фраз отсутствует четкий «миографический» рисунок слова, сокращение мышц хаотично, часто регистрируются повторные сокращения мышц произнесения слова, а также длительное последствие [Платонова Г. П., 1960; Крышова Н. А., Штейнгарт К. М., 1968]. На основании собственных экспериментальных данных К. М. Штейнгарт (1965) приходит к выводу, что при заикании происходит глубокое поражение всей двигательной системы речи, которое можно объяснить изменением корковой регуляции этой деятельности. Нарушение в речедвигательном анализаторе может быть результатом потока патологических импульсов, идущих по проприоцептивным связям и поступающих в соответствующую кинестетическую зону коры головного мозга. По данным И. В. Данилова и И. М. Черепанова (1970), степень напряжения мышц во время речи зависит прежде всего от степени и типа судорожных расстройств, что, по мнению автора, позволяет разделить страдающих заиканием на группы с тонической и клонической формой заикания. При произнесении фраз одной и той же трудности у больных с тонической формой заика-

ния изменения электрормнограммы более длительны и сильнее выражены, чем у больных с клопической формой заикания. На основании экспериментов с ритмичной световой стимуляцией во время речи И. В. Данилова, И. М. Черепанов (1970) полагают, что при заикании происходит ослабление устойчивости и избирательности в системе морфофункциональных связей зрительного анализатора и второй сигнальной системы, характерных для нормально говорящих людей. Изучение этими же авторами речи заикающихся в условиях звуковой ритмической стимуляции показывает, что индивидуально выбранные частоты облегчают речь больных.

Успехи, достигнутые в ряде областей науки за последние годы, подготовили новый этап в исследовании центральных механизмов экспрессивной речи, что позволяет подойти к изучению заикания с новых позиций. К ним относятся клинические и теоретические разработки, такие, как концепция о функциональных системах, физиология глубинных (лимбико-ретикулярных) и базальных (стриопаллидарных) структур мозга и развитие клинических представлений о невротических (функциональных) и неврозоподобных (органо-функциональных) состояниях.

В 70-е годы нашего столетия в отечественной научной литературе наметилась тенденция к клинической дифференциации больных, страдающих заиканием с выделением невротической и неврозоподобной форм [Ковалев В. В. и др., 1972—1976; Асатиани Н. М. и др., 1973—1976]. К настоящему времени это разделение включено в номенклатуру пограничных психических расстройств, принятую в СССР.

Однако принципиальные вопросы проблемы заикания, связанные с его центральным патогенезом, т. е. конкретным значением как невротических расстройств, так и явлений органического поражения мозга в механизмах развития этого речевого нарушения, уточнением клинических проявлений, важных для диагностики различных форм заикания, а также адекватных методов исследования больных, остаются недостаточно ясными до настоящего времени и требуют своего решения.

Раскрытие механизмов нарушения центральной регуляции речевой функции при заикании требует многостороннего комплексного клинико-физиологического изучения функционального состояния центральной нервной системы больных, страдающих этой речевой патологией,

и прежде всего функциональной системы речи в сравнительно-возрастном аспекте с учетом клинической дифференциации.

Работа такого плана представляет собой не только теоретический интерес, но и, принимая во внимание распространенность заикания и трудность его лечения, она имеет большую практическую актуальность в связи с вопросами диагностики и обоснования дифференцированной адекватной терапии больных, страдающих заиканием.

Материал и методы исследования

Для изучения центральных механизмов заикания были выборочно исследованы две социально адаптированные группы больных, страдающих заиканием со смешанными тоно-клоническими судорогами преимущественно артикуляторно-дыхательного типа средней и тяжелой степени (всего 236 человек).

Обследованные относились к двум возрастным категориям. Одну составили дети в возрасте, максимально приближенном к тому, когда начинается заикание (3—6 лет — 96 человек), вторую — взрослые (18—35 лет), у которых заикание носило затяжной хронический характер (140 человек).

В первую группу были включены больные, у которых речевое расстройство возникло психогенно и протекало на фоне ярко выраженных невротических расстройств. Во вторую — больные, у которых нарушение речи развивалось вне связи с психотравмирующим воздействием на фоне остаточных явлений раннего диффузного органического поражения мозга и невротические расстройства были выражены слабо (табл. 1). Мы намеренно не обследовали больных со смешанными (невротическими и неврозоподобными) расстройствами, патохарактерологическими особенностями и психопатиями.

Для уточнения некоторых вопросов, касающихся характеристики артикуляторно-дыхательных механизмов речи в норме, а также особенностей неспецифических физиологических реакций, исследованы 60 человек с нормальной речью в возрасте 6, 10, 20—28 лет.

В основу построения исследования и анализа полученных данных мы положили схему функциональной системы речедвигательного акта как одну из основных подсистем функциональной системы экспрессивного речеобразования.

Таблица 1
Характеристика обследуемых

Группы обследуемых	Возраст, годы	Число обследованных
Больные с невротическим заиканием	3—6	62
Больные с неврозоподобным заиканием	18—35	78
	3—6	34
Здоровые	18—35	62
	5—6	10
	9—10	10
	20—28	40
Всего больных		296
Всего здоровых		60

В функциональной системе речедвигательного акта мы изучали программу и результат действия, а также некоторые факторы, входящие в эту систему на стадии афферентного синтеза, а именно онтогенетическую речевую память, ориентировочный рефлекс и эмоции.

Понятие «онтогенетическая речевая память» мы ввели для характеристики особенностей развития речевой функции на раннем этапе в сопоставлении с состоянием моторного речевого стереотипа по данным клинико-физиологического исследования.

Для реализации поставленных задач использовались следующие методы:

1. Клинический метод, включающий: а) анализ особенностей антенатального и раннего постнатального развития с акцентом на речевом и общем моторном онтогенезе; б) детальный анализ данных о начале и динамике заикания, а также речевом состоянии больных; в) изучение психического и неврологического состояния больных с использованием параклинических методов обследования.

2. Электроэнцефалографическое исследование для уточнения функционального состояния мозговых систем проводилось в начале и конце курса лечения.

3. Физиологическое исследование речедвигательного стереотипа. Анализировали: а) результат действия (звуковая речь). Его регистрировали на полиграфе через ми-

крофонное устройство (фонограмма). Фонограмму обрабатывали по длительности (секунды). Качество речи экспериментатор оценивал на слух (отсутствие или наличие заикания); б) программу действия в функциональной системе речедвигательного акта. Ее изучали с помощью электромиограммы (ЭМГ) круговой мышцы рта и речевого дыхания (пнеймограммы) в процессе выполнения речевых задач различной степени сложности.

Методика записи ЭМГ. Электроды диаметром 4 мм накладывают на нижнюю часть круговой мышцы рта, на расстоянии 20 мм один от другого. Запись производят на электромиографе типа «Альвар» и электроэнцефалографах разных систем. Для выявления диффузности моторного возбуждения, вызванного пусковым механизмом речевой деятельности, регистрируют ЭМГ поверхностного сгибателя пальцев правой руки.

При изучении тонической мышечной активности как исходного состояния реализации сократительной активности анализировали амплитуду, наличие «спонтанных» возбуждений, реакцию на фото- и фоностимуляцию (от фотофоностимулятора типа 1001, Венгрия) и «внутреннюю» речь.

Исследование ЭМГ артикуляторной мышцы проводилось до лечения и в конце курса лечения.

Основное внимание уделялось анализу программы действия в процессе речевой деятельности, исследуемой по разработанной нами методике. Основанием для ее разработки явился тот факт, что, согласно нашему опыту и работам других авторов, нарушения речи при заикании динамичны, ЭМГ артикулярных мышц при этом хаотична и не поддается точной обработке и сравнительной оценке. В связи с этим мы изучали реализацию программы действия в процессе речевой деятельности, которая у больных протекала без заикания. Это достигалось максимальным упрощением речевой задачи: все они произносили односложное слово «сон», которое в норме характеризовалось четким миографическим «рисунком» и произносилось больными без заикания. Это позволило проанализировать сравнимые математически обработанные цифровые показатели речевой деятельности: I латентный период (I ЛП) — от подачи условного сигнала (тон 800 Гц 60 дБ в течение 0,1 с) до появления подготовительных мышечных изменений, II латентный период (II ЛП) — от появления повышенных осцилляций до фонограммы, обозначающую длительность активного сокращения, длительность

мышечного последствия, наличие повторных залповых сокращений мышцы после произнесения слова.

Данный методический прием способствовал выявлению особенностей организации программы действия в функциональной системе речи, свойственных невротической и неврозоподобной формам заикания при внешне сходных речевых расстройствах.

4. Ориентировочный рефлекс и его угашение. Исследовались на стимулы разной модальности: звуковой (тональный) и словесный (индифферентный и эмоционально-значимый по содержанию). Помимо этого, неспецифические физиологические реакции и их угашение исследовались в процессе произнесения обследуемыми стандартного слова про себя и вслух. При этом полиграфически регистрировались ЭЭГ (биполярно с теменно-затылочных областей), КГР, частота сердечных сокращений (ЧСС-ЭКГ во II отведении), ЭМГ круговой мышцы рта. При обработке данных вычислялась средняя арифметическая (М) числа предъявлений раздражителя или повторения обследуемым слова, необходимого для угашения ориентировочной реакции (появление пяти «нулевых» реакций подряд).

5. Эмоциональное состояние и его влияние на реализацию программы действия в речевой функциональной системе. Изучались при полиграфической записи ЭЭГ, ЭМГ, КГР, частоты сердечных сокращений и дыхания в следующих направлениях: 1) с помощью аутогенной тренировки при осуществлении: а — общей формулы спокойствия и мышечного расслабления (эмоциональное состояние положительного знака) и б — мысленном представлении ситуаций, сложных для речевого общения (эмоциональное состояние отрицательного знака); 2) при воздействии разовых доз психолептических препаратов: аминазина (2,5% — 2,0 мг), амизила (0,5% 1,25 мг) и седуксена (0,5% 2,0 мг). Оценка эмоционального состояния и реализации программы действия производилась по следующим физиологическим показателям: ЭМГ артикуляторных и скелетных мышц, ЭЭГ, КГР, пневмограмме и частоте пульса.

6. Онтогенетическая речевая память. Анализировалась при помощи клинических методов исследования (анамнестические сведения о раннем периоде и особенностях речевого развития, наличие явлений дислалии и дизартрии) и физиологическими (ЭМГ речевой мышцы и речевое дыхание) при сравнении этих показателей с нормой.

Цифровые данные обрабатывались по методу вариационной статистики с выделением коэффициента достоверности по Стьюденту и вычислением коэффициента взаимной сопряженности.

Клиническая и электроэнцефалографическая характеристика обследованных больных с невротическим и неврозоподобным заиканием

Разделение больных с невротическим и неврозоподобным заиканием на группы производилось на основании клинической картины болезни, роли психической травмы в манифестации речевого расстройства, личностных особенностей обследуемых¹.

У больных с невротическим заиканием (первая группа — 140 человек) анамнестические сведения указывали на отсутствие патологии в антенатальном и перинатальном периоде жизни. Раннее психофизическое развитие протекало у них без отклонений от нормы, двигательные навыки формировались своевременно. Первые слова появлялись до года, развернутая фразовая речь — к 1½ годам, сопровождаясь обычно бурным накоплением словарного запаса. Изучение больных детского возраста (62 человека) показало, что до появления речевого нарушения у них наблюдали повышенную впечатлительность и общевневротические симптомы: раздражительность, нарушение сна, снижение аппетита. Заикание у всех больных этой группы возникло после стрессового (обычно психотравмирующего) воздействия в возрасте 2—5 лет. С появлением речевого нарушения у них обычно усиливалась невротическая симптоматика: дети становились более раздражительными, плаксивыми, отмечалось двигательное беспокойство. При обследовании больных дошкольного возраста выявлялось соответствующее возрасту психофизическое развитие и отсутствие неврологических признаков органического поражения мозга. Ни у кого из обследованных не обнаруживалось личностной патологической реакции на речевой дефект. Течение заикания было волнообразным, временами речь становилась нормальной; эмоциональное напряжение, соматическая астенизация;

¹ Работа проводилась совместно с сотрудниками лаборатории, врачами-психиатрами и логопедами.

ция и утомление вызывали ухудшение речевого состояния.

Анализ анамнестических данных, полученных при обследовании взрослых больных этой группы (78 человек), показал, что у них в препубертатном возрасте (10—12 лет) усложнялась клиническая картина заболевания, что было связано с реакцией личности на речевой дефект и появлением логофобии. Боязнь речевого общения носила тягостный для больных характер, а речь постепенно обростала массой «уловочных» (маскировочных) приемов: изменением громкости голоса, появлением эмболофразий и сопутствующих речи движений рук и ног. С возрастом логофобия начинала доминировать в клинической картине заболевания. На момент обследования психическое состояние взрослых больных было тесно связано с речевым расстройством и характеризовалось наличием невротических (астенических и аффективных) нарушений. Все эти проявления наблюдались в непосредственной и устойчивой зависимости от ситуации речевого общения, индивидуально значимой для каждого больного. Помимо заикания и страха речи, у них обнаруживались общий сниженный фон настроения, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, затруднение в концентрации внимания, утомляемость, нарушение сна. Неврологически отмечались равномерное повышение сухожильных рефлексов, дистальный гипергидроз, лабильность артериального давления и пульса, учащение дыхания.

Исследование у больных (78 человек) биоэлектрической активности коры больших полушарий выявило изменение функциональной активности неспецифических систем мезо-диэнцефального уровня и ствола мозга при отсутствии фокальных нарушений ритмики. Было выделено три типа ЭЭГ. Как видно по данным табл. 2, наиболее значимой для больных этой группы была тенденция к уменьшению амплитуды колебаний и учащению ритмической активности, что, по мнению ряда авторов, свидетельствует об эмоциональном напряжении и активации лимбико-ретикулярных структур мозга [Симонов П. В., 1965; Нуцубидзе М. А., 1969, и др.]. Нормализация ЭЭГ в процессе курса лечения сочеталась с редукцией невротических и речевых расстройств, что свидетельствовало о функциональном характере этих нарушений.

У больных с неврозоподобным заиканием (вторая группа — 34 ребенка и 62 взрослых) имелись указания на перенесенные вредности в антенатальном и перинаталь-

Таблица 2
**Типы электроэнцефалограммы у больных с невротическим
и неврозоподобным заиканием**

Тип ЭЭГ	Число больных с заиканием	
	невротическим	неврозоподобным
Условно нормальный со сниженной амплитудой	23 (29,4%)	—
Диффузный десинхронный	48 (61,5%)	6 (9,6%)
Гиперсинхронный	7 (9%)	—
Гиперсинхронный с билатеральными разрядами и элементами дизритмии	—	30 (48,3%)
С зональными нарушениями (тета-ритм в центрально-теменных областях)	—	26 (41,9%)
Всего обследованных	78	62

ном периоде жизни (токсикоз беременности, преждевременные роды, асфиксия и т. п.), а также на ранние инфекции «цепочкой». В отличие от больных первой группы в этих случаях отмечалось запаздывание в становлении моторных навыков (сидение, стояние, ходьба) и, главное, в развитии речевой функции. Первые слова они произносили к 1½ годам и позже, фразовая речь — к 3 годам жизни. Помимо этого, у них наблюдалась патология звукопроизношения (дислалия, явления стертой дизартрии), темповые расстройства, запинки несудорожного характера. При обследовании больных детей выявлялись признаки диффузного органического поражения мозга: асимметрия лицевой иннервации, нистагмические движения глазных яблок в крайних отведениях, лабильность пульса и дыхания, гипергидроз, гидроцефалия, подтверждаемая рентгенологически. Как у детей, так и у взрослых больных с неврозоподобным заиканием отчетливо выявлялось нарушение координации, плохое чувство ритма и темпа, общая моторная неловкость, обилие синкинезий. Психическое состояние характеризовалось аффективной неустойчивостью, нарушением внимания и памяти, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, быстрой утомляемостью. Таким образом, вся клиническая картина определялась признаками церебрально-стенического синдрома различной степени выраженности. У взрослых больных эти проявления носили более стертый характер.

Заикание в этих случаях развивалось постепенно в связи с непосредственно перенесенными вредностями. Обычно речевое нарушение в виде судорожных запинок становилось заметным для окружающих в период формирования фразовой речи, т. е. при усложнении речевой нагрузки, что обычно соответствовало возрасту 3—3½ лет. Заикание имело в дальнейшем тенденцию к стационарному или прогрессивному течению. Периодов речи, свободных от речевых расстройств, не наблюдалось. Как показали обследования взрослых больных (62 человека), в 60% случаев течение заикания осложнялось развитием невротических реакций в виде логофобии, не приобретающей большой степени выраженности и мало зависящей от условий речевого общения. Редукция заикания в процессе курсового медико-педагогического лечения по сравнению с таковой у больных первой группы была выражена у них значительно меньше.

Исследование электроэнцефалограммы у взрослых больных (62 человека) позволило выделить три ее типа (см. табл. 2).

У больных с неврозоподобным заиканием отмечались нарушение пространственной организации биоэлектрических процессов, наличие низкочастотного альфа-ритма (7—8 Гц), снижение реактивности мозга, патологическая активность билатерально-синхронного характера (48,3%). Помимо общих отклонений, у 41,9% больных имелись зональные изменения ритмики, представленные чаще всего в теменно-центральных отделах тета-ритмом, что связывается некоторыми авторами с нарушением активности подкорковых моторных структур мозга [Болдырева Г. Н. и др., 1965, и др.]. Данные электроэнцефалографического и клинического исследований свидетельствовали о нарушении у больных с неврозоподобным заиканием функционального состояния главным образом таламостволовых отделов мозга и, возможно, стриопаллидарных структур.

Отчетливая тенденция к связи клинических форм заикания с характером изменений ЭЭГ была статистически достоверна (коэффициент сопряженности равен 0,8).

Артикуляторно-дыхательные механизмы
экспрессивной речи в норме
и при заикании

Данные исследования ЭМГ, фонограммы и дыхания у лиц с нормальной речью. Регистрация фонограммы (результат действия) показала, что у здоровых обследуемых

трех возрастных групп ($5\frac{1}{2}$ —6 лет, $9\frac{1}{2}$ —10 лет и 20—28 лет по 10 человек в группе) в процессе произнесения стандартного слова временные параметры звучной речи были стабильны и колебались в пределах 0,28—0,31 с, составляя в среднем 0,3 с.

ЭМГ круговой мышцы рта в покое ни у кого не превышала по амплитуде 10 мкВ и не выявляла «спонтанных» колебаний потенциала (кроме одного ребенка $5\frac{1}{2}$ лет). Предъявление дистантных раздражителей (фото-фоностимуляция) у 4 детей младшей группы вызывало ЭМГ-реакцию в виде повышения амплитуды осцилляций. Произнесение стандартного слова про себя у 3 детей младшей группы сопровождалось усилением мышечного потенциала (табл. 3). Как видно по данным таблицы, в процессе произнесения фразы про себя у всех обследуемых 6-летнего возраста отмечалось усиление биоэлектрической активности артикуляторной мышцы. У 10-летних детей произнесение про себя отдельного слова не сопровождалось какими-либо изменениями мышечного потенциала, усложнение же речевой задачи вызывало усиление мышечной активности до 25—30 мкВ у двоих. У взрослых «внутренняя» речь в тех же условиях не отражалась на ЭМГ круговой мышцы рта.

Основное внимание при анализе данных уделялось реализации программы действия. ЭМГ круговой мышцы рта у детей 6 лет выявляла относительную устойчивость рисунка сокращения мышцы в процессе произнесения стандартного слова. Латентные периоды речи у одного и того же ребенка были несколько вариабельны и стабилизировались по мере повторения стандартного слова. Для детей этого возраста в целом период от подачи условного сигнала до появления повышенных осцилляций на ЭМГ колебался от 0,5 до 0,68 с, а скрытое время мышечной подготовки (от повышенных осцилляций до фонограммы) — от 0,69 до 0,78 с (средние величины $M \pm m$ даны в табл. 3).

При усложнении речевой задачи у детей 6 лет усиливалась вариабельность сокращения круговой мышцы рта, а также отмечалось возрастание амплитуды осцилляций в мышцах правой руки, что свидетельствовало о диффузности и избыточности возбуждения в моторных структурах мозга в этих условиях. У детей 10 лет ЛП речи в процессе произнесения стандартного слова были мало-вариабельны, а «рисунок» сокращения однотипным. Произнесение вслух фразы лишь у одного ребенка вызвало из-

Таблица 3

Характеристика электромиограммы артикуляторной мышцы в норме
(сравнительно-возрастные данные)

Показатели	Возраст обследованных, годы		
	5—6 (10 человек)	9—10 (10 человек)	20—28 (10 человек)
Амплитуда фонового потенциа- ла, мкВ	5—10	5—10	5—10
Число лиц с изменением мышечного потенциала: «спонтанным»	1	—	—
на фото-фоностимуляцию	4	—	—
произнесение слова про себя	3/10*	0/2*	—/—*
I латентный период речи (се- кунды) от подачи условного сигнала до начала мышечной подготовки ($M \pm m$)	$0,58 \pm 0,04^*$	$0,45 \pm 0,03^{**}$	$0,3 \pm 0,03$
II латентный период (секунды) от начала мышечной подго- товки до фонограммы ($M \pm$ $\pm m$)	$0,75 \pm 0,04^{**}$	$0,68 \pm 0,04$	$0,65 \pm 0,04$
Общая длительность (секунды) активного сокращения мыш- цы в процессе произнесения стандартного слова ($M \pm m$)	$0,88 \pm 0,08^{**}$	$1,12 \pm 0,05^{**}$	$1,26 \pm 0,04$
Остаточное напряжение:			
число обследованных	0	0	2
длительность, с	0	0	3—4
амплитуда, мкВ	0	0	20—30
Повторные сокращения (число обследованных)	—	—	—

* В числителе — число обследованных с изменением мышечного потенциала в процессе произнесения отдельного слова, в знаменателе — фразы.

** Разница между цифровыми показателями возрастных групп статистически достоверна.

менение потенциала в мышцах рук. У взрослых I ЛП был вдвое меньше, чем у детей 6 лет (см. табл. 3). Сокращение круговой мышцы рта у взрослых было сходным по «рисунку» и стереотипным у одного и того же обследуемого (рис. 1). Анализ общей длительности активного сокращения артикуляторной мышцы в процессе произнесения стандартного слова выявил тенденцию, противоположную наблюдаемой в величине латентных периодов речи. По данным табл. 3 видно отчетливое увеличение этого параметра с возрастом ($P 0,01$).

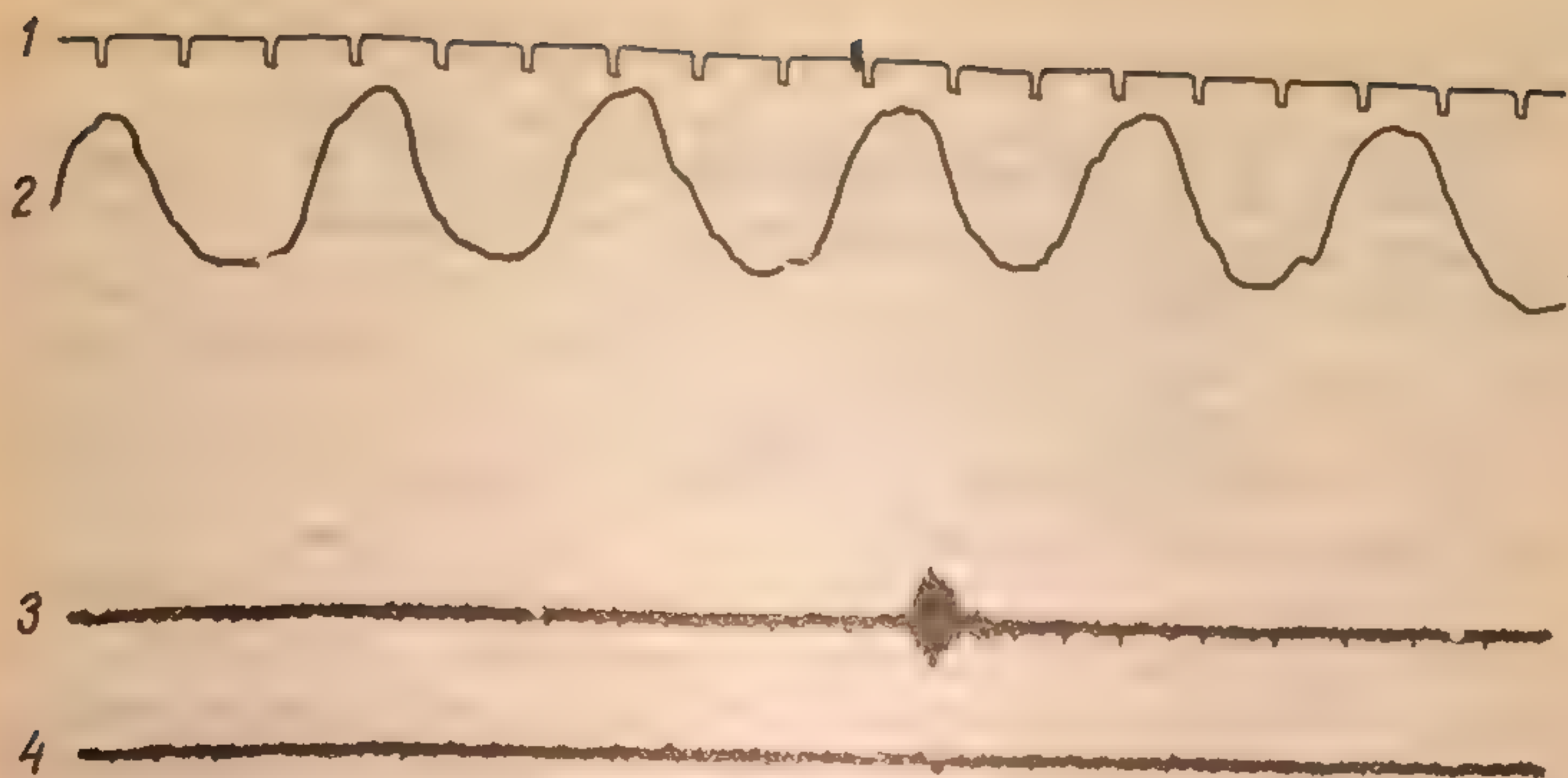


Рис. 1. Соотношение дыхательного и артикуляционного компонентов в процессе произнесения стандартного слова в норме.

1 — отметчик времени (в секундах); 2 — пневмограмма; 3 — электромиограмма круговой мышцы рта; 4 — фонограмма (регистрация речи через микрофон).

Остаточного напряжения в артикуляторной мышце после произнесения слова у детей на ЭМГ не отмечалось. У 2 из 10 взрослых регистрировалось устойчивое последовательное возбуждение в течение 2—3 с.

Исследование соотношения артикуляторного и дыхательного компонентов экспрессивной речи при одновременной записи пневмограммы и ЭМГ круговой мышцы рта показало, что у здоровых детей 6 лет речевой выдох сформирован лишь при выполнении простых речевых задач и легко нарушается при их усложнении. У 10-летних детей и взрослых с нормальной речью процесс речевой артикуляции и дыхания был строго координирован и «речевой выдох» четко регистрировался при выполнении как простых, так и усложненных речевых задач. Результаты нашего исследования свидетельствовали о том, что у детей в старшем дошкольном возрасте нет достаточной автоматизированности в артикуляторном стереотипе, и координация моторного и дыхательного компонентов речи еще неустойчива. Эти данные позволяют считать, что к 6 годам формируются и фиксируются в онтогенетической речевой памяти лишь основные афферентные параметры речевых механизмов. По мере созревания мозга мышечное возбуждение, вызванное пусковым механизмом речевой деятельности, становится избирательным, не затрагивает моторных структур, не связанных непосредственно с выполнением речевых задач, а моторно-дыхательные взаимоотношения речевой функциональной системы

темы становятся строго координированными и экономичными.

Данные исследования фонограммы, ЭМГ и дыхания у больных, страдающих заиканием. Фонограмма у всех обследованных больных в процессе произнесения стандартного слова была однотипной, ее величина не отличалась от нормы, составляя в среднем 0,3 с. ЭМГ круговой мышцы рта и поверхностного сгибателя пальцев правой руки исследована у 100 больных.

У больных с невротическим заиканием (50 человек) тоническая биоэлектрическая мышечная активность в детском возрасте отличалась от нормы несущественно: у 3 из 15 обследованных младшего возраста отмечались слабо выраженная неритмичная залповая активность и несколько более усиленная откликаемость ЭМГ на дистантные раздражители и «внутреннюю» речь (табл. 4).

Как видно по данным табл. 4, фоновая биоэлектрическая активность круговой мышцы рта по амплитуде у больных детей была нормальной. Иные показатели выявлялись у взрослых больных: тоническая (фоновая) мышечная активность возрастала у них до 30—60 мкВ. Многократное обследование показало, что к концу лечения (через 1½—2 мес) эти явления существенно редуцировались, и биоэлектрическая активность круговой мышцы рта приближалась к норме.

Общий рисунок и длительность сокращения артикуляторной мышцы в процессе произнесения стандартного слова у больных с невротическим заиканием (и у детей, и у взрослых) отличались от возрастной нормы незначительно.

Анализ остаточного мышечного напряжения показал, что у 2 из 15 детей отмечалось непостоянное и кратковременное (1—3 с) тоническое последствие и у 3 из 15 обследованных — повторные «залповые» сокращения. В противоположность этому, как следует из табл. 4, у взрослых больных регистрировалось значительное по амплитуде и длительности последовательное возбуждение. Именно остаточное напряжение, а также усиление тонической (фоновой) активности круговой мышцы рта и являлись характерными особенностями организации мышечной активности у взрослых больных с невротическим заиканием.

Исследование координации артикуляторного и дыхательного компонентов речи при выполнении речевых задач различной степени сложности показало, что в про-

Таблица 4

Характеристика электромиограммы артикуляторной мышцы
у больных с невротическим заиканием

Показатели	Возраст больных, годы	
	5—6 (15 человек)	18—35 (35 человек)
Амплитуда фонового потенциала, мкВ	5—10	До лечения 25—40 После лечения 10—20
Число больных с изменением мышечного потенциала: «спонтанным» на фото-фоностимуляцию произнесение слова про себя	3 (20%) 7 (46%) 10/15 (66%/100%)	1 (3,5%) 1 (3,5%) 1 (3,5%)
I ЛП речи (секунды) от подачи условного сигнала до начала мышечной подготовки ($M \pm m$)	$0,65 \pm 0,06$	До лечения $0,61 \pm 0,05$ После лечения $0,55 \pm 0,02^*$
II ЛП речи (секунды) от начала мышечной подготовки к речи до электромиограммы ($M \pm m$)	$0,75 \pm 0,04$	До лечения $0,86 \pm 0,07$ После лечения $0,72 \pm 0,04^*$
Общая длительность активного сокращения (секунды) в процессе произнесения стандартного слова ($M \pm m$)	$1,12 \pm 0,06$	До лечения $1,86 \pm 0,13$ После лечения $1,65 \pm 0,08^*$
Остаточное напряжение: число обследованных	2 (13%)	До лечения 35 (100%)
длительность, с	1—3	6—40
амплитуда, мкВ	$25 \pm 1,2$	$40 \pm 2,8$
число обследованных		После лечения 12 (34,3%)
длительность, с		3—6
амплитуда, мкВ		$20 \pm 1,5^*$
Повторное сокращение (число обследованных)	3 (20%)	—

* Разница в показателях до и после лечения статистически достоверна $P \pm 0,01$.

в процессе произнесения стандартного слова она была непостоянной, а при усложнении речевой задачи нередко наблюдалась задержка дыхания в фазе вдоха у больных обеих возрастных групп (рис. 2).

Таким образом, при невротическом заикании биоэлектрическая активность круговой мышцы рта и речевое ды-

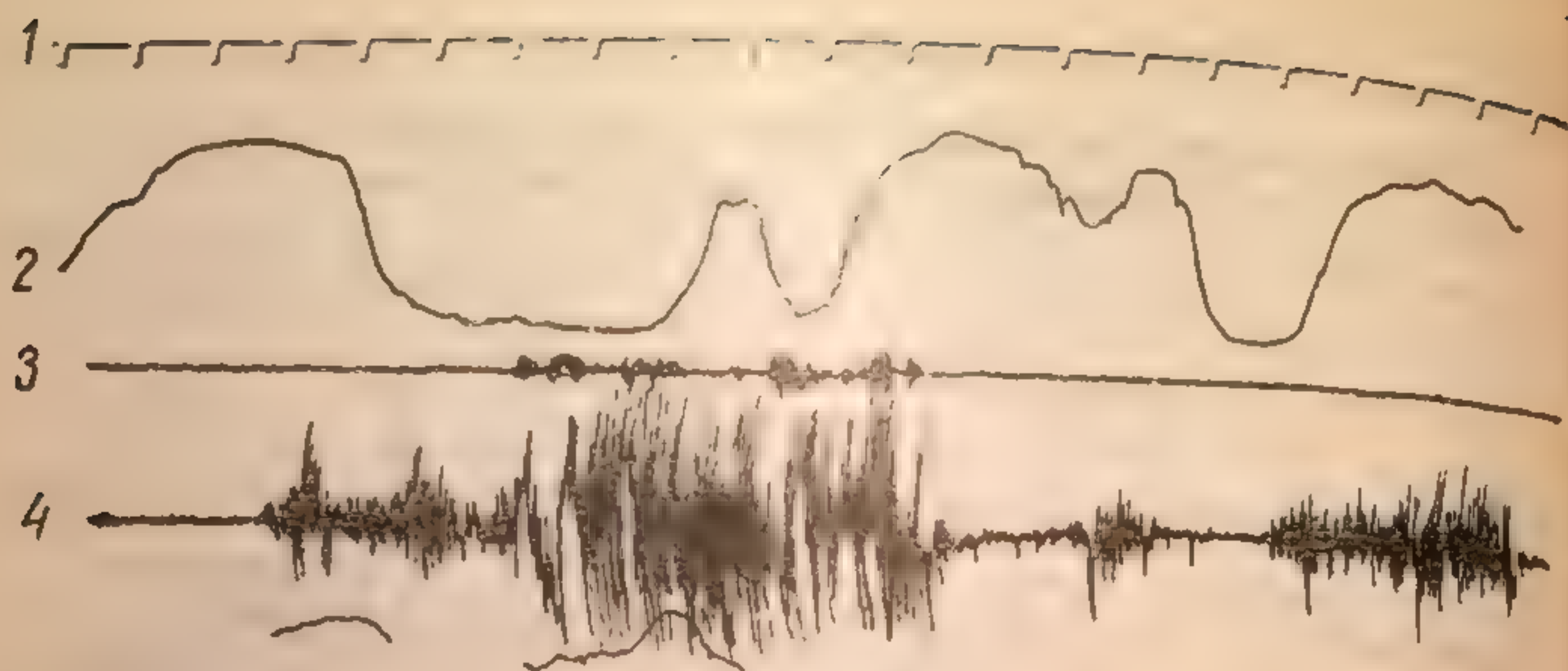


Рис. 2. Запись электромиограммы и пневмограммы в процессе произнесения фразы.

1 — отметчик времени (в секундах); 2 — пневмограмма; 3 — фонограмма; 4 — электрограмма.

хание в процессе произнесения стандартного слова у больных детского возраста не имели существенных отличий от нормы, в то время как у взрослых больных той же клинической группы наблюдались усиление амплитуды тонической мышечной активности и наличие длительного последовательного возбуждения, неустойчивость координации артикуляторно-дыхательных механизмов речи (рис. 3). Важно отметить, что у всех обследованных общий рисунок активного речевого сокращения мышцы при этой постановке эксперимента мало отличался от нормы, что свидетельствовало о принципиальной сохранности речевого моторного стереотипа.

У больных с неврозоподобным заиканием (50 человек) исследование ЭМГ показало существенное различие в организации тонической и сократительной активности артикуляторной мышцы по сравнению с нормой и физиологическими показателями у больных с невротическим заиканием (рис. 4). У детей при отсутствии клинических признаков патологии мышечного тонуса регистрировались нарушения в организации тонической мышечной активности типа фасцикуляций и неритмичной залповой активности (табл. 5).

Эти явления у взрослых больных, как видно по данным табл. 5, существенно редуцировались, в результате чего фоновая электромиограмма у них отличалась от нормы лишь редкими и низкоамплитудными участками залповой неритмичной активности и у половины обследованных — наличием повышенной «откликаемости» периферического нейромоторного аппарата в процессе «внутренней» речи.

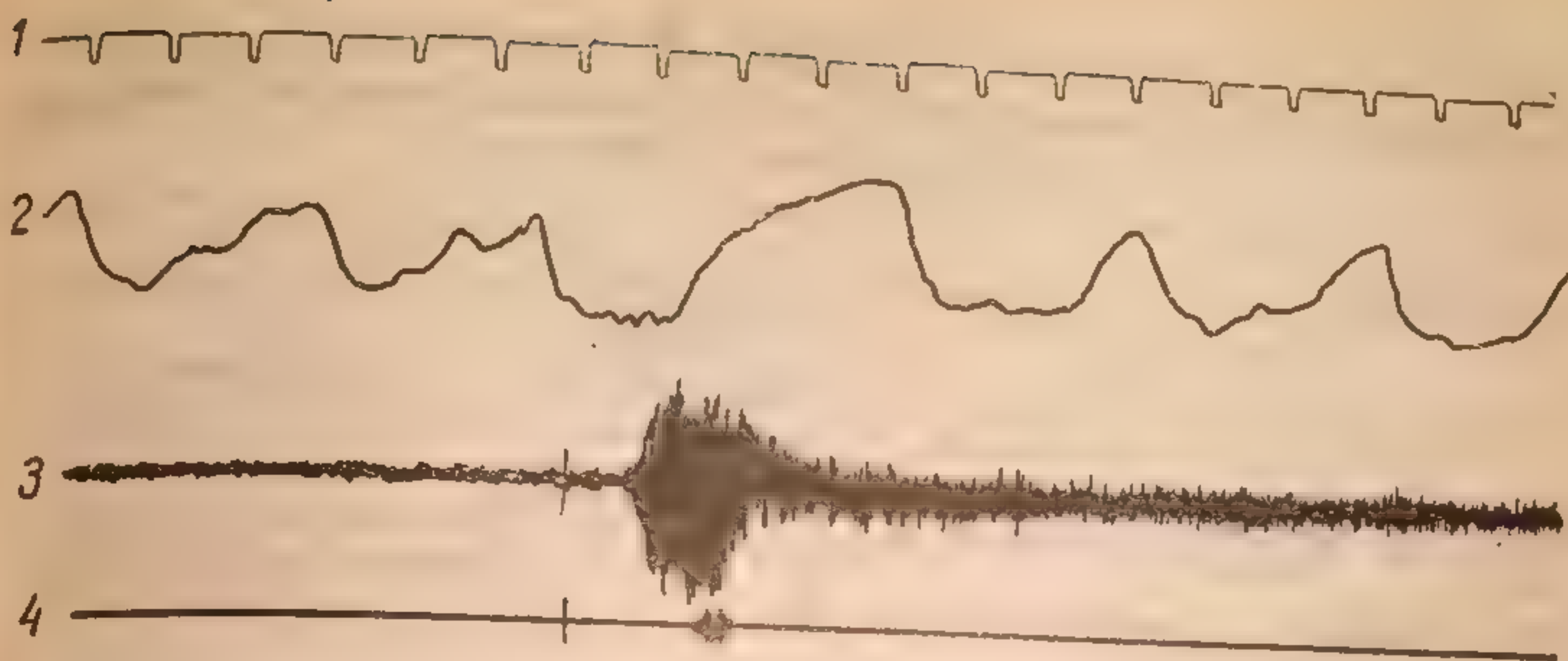


Рис. 3. Запись речевого дыхания и электромиограммы артикуляторной мышцы в процессе произнесения стандартного слова пациентом с невротической формой заикания. Обозначения те же, что и на рис. 1.



Рис. 4. Электромиограмма артикуляторной мышцы вне деятельности у пациента с неврозоподобным заиканием.

Характер сокращений круговой мышцы рта в процессе произнесения стандартного слова вслух больными с неврозоподобным заиканием отличался от такового у больных с невротическим заиканием и от нормы прежде всего значительным увеличением временных параметров и хаотичностью. При сравнении данных, представленных в табл. 3—5, становится очевидным, что I ЛП более чем вдвое превышал это время в норме, II ЛП был больше нормы в 3 раза (отличия от нормы и от показателей у больных с невротическим заиканием статистически достоверны). Во время подготовки к действию амплитуда мышечного потенциала взрывообразно достигала своего максимального значения, характер сокращения и его длительность широко варьировали у одного и того же больного.

Анализ последствий показал, что у больных детей и значительно реже у взрослых наблюдались волны повторного взрывообразного возбуждения, иногда равного по амплитуде активному сокращению круговой мышцы рта (см. табл. 5). Последовательное тоническое напряжение в артикуляторной мышце, подобное регистрируемому у взрослых больных с невротическим заиканием, отмечалось лишь у 20% человек с неврозоподобным заиканием и характеризовалось небольшой выраженностью.

Таблица 5

Характеристика электромиограммы артикуляторной мышцы у больных с неврозоподобным заиканием

Показатели	Возраст больных, годы	
	5—6 (15 человек)	18—35 (35 человек)
Амплитуда фонового потенциала, мкВ	20—30	До лечения 5—10 После лечения 5—10
Число больных с изменением мышечного потенциала:		
«спонтанным»	15 (100%)	До лечения 21 (60%) После лечения 15 (43%)
на фото-фоностимуляцию	15 (100%)	До лечения 35 (100%) После лечения 35 (100%)
произнесение слова про себя	15 (100%)	До лечения 16 (45,8%) После лечения 16 (45,8%)
I ЛП речи (секунды) от подачи условного сигнала до начала мышечной подготовки ($M \pm m$)	$0,78 \pm 0,08$	До лечения $0,73 \pm 0,08$ После лечения $0,71 \pm 0,07$
II ЛП речи (секунды) от начала мышечной подготовки к речи до фонограммы ($M \pm m$)	$1,3 \pm 0,15$	До лечения $1,14 \pm 0,1$ После лечения $1,08 \pm 0,1$
Общая длительность активного сокращения в процессе произнесения стандартного слова (секунды) ($M \pm m$)	$2,92 \pm 0,15$	До лечения $2,8 \pm 0,1$ После лечения $2,73 \pm 0,1$
Сстаточное напряжение:	—	До лечения 6 (20%)
число обследованных	—	5—15
длительность, с	—	$35 \pm 1,2$
амплитуда, мкВ ($M \pm m$)		После лечения без изменений
число обследованных		
длительность, с		
амплитуда, мкВ		
Повторные сокращения (число обследованных)	15 (100%)	До лечения 16 (45,8%) После лечения без изменений

Отличия показателей от нормы и от данных, полученных у больных с невротическим заиканием, статистически достоверны.

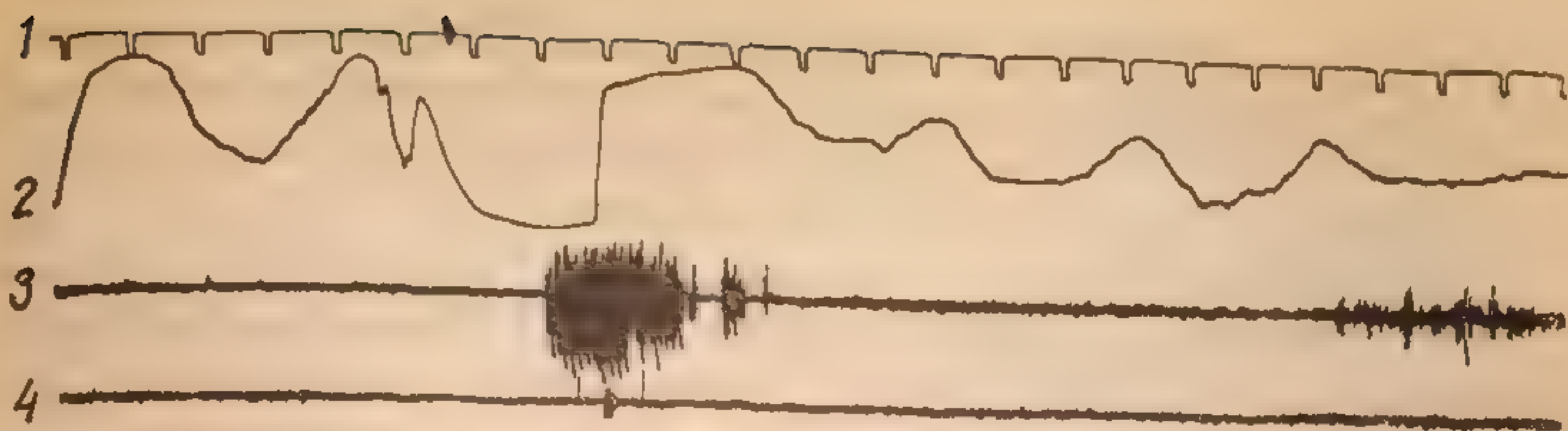


Рис. 5. Соотношение дыхательного и артикуляторного компонентов в процессе произнесения стандартного слова. Обозначения те же, что и на рис. 1.

Исследование соотношения артикуляторного и дыхательного компонентов речи выявило значительное нарушение регуляции этих процессов (рис. 5). Больные с неврозоподобным заиканием, как дети, так и взрослые, произносили стандартные слова вслух в самые неблагоприятные для голосообразования фазы дыхательного цикла, что позволило нам в таких случаях говорить не о «речевом выдохе», что типично для нормы, а о «речевом вдохе», т. е. об извращении временных соотношений в дыхательном и артикуляторном механизмах речеобразования.

Таким образом, у больных с неврозоподобным заиканием, в отличие от больных с невротическим заиканием, выявились существенные сдвиги в организации мышечной активности в процессе произнесения стандартного слова, свидетельствующие об отсутствии у них нормальной программы действия в речевой моторной функциональной системе и о рассогласовании артикуляторных и аэродинамических компонентов речи. Проведенное исследование показало, что при получении одинакового результата (речь без заикания) программа действия при невротическом и неврозоподобном заикании имела отличия, свойственные клиническим и возрастным группам больных.

Особенности неспецифических реакций у больных с заиканием. Полиграфическое исследование различных компонентов ориентировочного рефлекса у заикающихся двух клинически дифференцированных групп выявило характер корково-подкорковых взаимоотношений, свойственный больным каждой из них. При невротическом заикании у взрослых больных (20 человек) были обнаружены длительная адаптация к экспериментальной обстановке, значительно более ярко выраженные, чем в норме, неспецифические реакции на стимулы разной мо-

дальности (звуковые тональные и словесные), затруднение их угашения. По сравнению со здоровыми лицами у больных этой группы ориентировочный рефлекс на звуковой тональный стимул выражался более сильно, чем на словесный. Прочного угашения исследованных компонентов ориентировочного рефлекса у большинства больных не наблюдалось: после отсутствия реакций на 5—6 предъявлений раздражителя вновь регистрировалось восстановление кожно-гальванической реакции и депрессии доминирующего ритма на ЭЭГ в ответ на те же стимулы. Качественной особенностью неспецифических реакций центральной нервной системы у больных с невротическим заиканием было то, что словесные стимулы, связанные по смысловому содержанию с дефектом речи, вызвали «бурное» оживление электрофизиологических показателей, вплоть до повышения осцилляций на электромиограмме круговой мышцы рта.

Повторение стандартного слова про себя, отличие от нормы, вызывало у больных с невротическим заиканием отчетливые изменения в ЭЭГ и в вегетативных показателях, причем угашение этих реакций происходило при большем числе повторений, чем это наблюдалось при предъявлении дистантных стимулов. Наиболее медленное угашение неспецифических физиологических реакций обнаруживалось при произнесении стандартного слова вслух, что особенно касалось КГР и сердечно-сосудистой реакции (табл. 6).

Затруднение угашения неспецифических физиологических реакций на стимулы разной модальности, наличие патодинамической структуры, связанной с дефектом речи, свидетельствовали о повышении активности неспецифических структур мозга, об усилении как восходящих, так и нисходящих их влияний у больных с невротическим заиканием.

В отличие от больных с невротическим заиканием у больных с неврозоподобной формой речевого расстройства (20 человек) отмечалась быстрая адаптация к экспериментальной обстановке. Степень выраженности неспецифических реакций и их стойкость в процессе угашения при предъявлении тональных звуковых и словесных стимулов была выражена у них существенно меньше, чем у больных первой группы. В целом для больных с неврозоподобным заиканием была характерна малая выраженность реакции со стороны биоэлектрической корковой активности. Введение в

Стандартное
слово

Стандартное
слово про
себя

Проведение
исследования
ст. 34.
по себе

вслух

* Различия с
** Различия с

эксперимент с
му содержанием
значительное
у 4 из 20 об
дартного сло
ни выражени
реакций на
у многих бо
ст отметить
ЭЭГ-реакци
стимула. О

Таблица 6

Скорость угасания физиологических реакций на стимулы разной модальности у двух групп больных, страдающих заиканием

Раздражи- тель	Физиологи- ческие пока- затели	Контрольная группа (20 человек) $M \pm m$	Группы страдающих заиканием	
			невротиче- ским (20 че- ловек) $M \pm m$	неврозоподоб- ным (20 человек) $M \pm m$
Звуковой	КГР	9,5 ± 2,1	17,2 ± 2,2*	9,5 ± 1,9**
	ЧСС	9,9 ± 1,8	9,2 ± 2,0	2,3 ± 1,0
	ЭМГ	Нет реакции	1,1 ± 0,5	5,7 ± 1,5**
	ЭЭГ	7,3 ± 1,5	14,0 ± 2,3*	5,3 ± 1,0**
Словесный — стандартное слово	КГР	9,3 ± 1,8	11,2 ± 1,3*	4,2 ± 2,1**
	ЧСС	9,5 ± 1,5	12,3 ± 1,8	Нет реакции
	ЭМГ	Нет реакции	Нет реакции	3,5 ± 1,8
	ЭЭГ	8,2 ± 1,2	12,5 ± 2,6*	2,2 ± 1,2**
Словесный — различные по смыслу слова	КГР	18,0 ± 3,5	25,3 ± 1,0*	7,6 ± 1,4**
	ЧСС	15,9 ± 3,6	21,0 ± 2,1*	Нет реакции**
	ЭМГ	Нет реакции	2,2 ± 0,3	36,6 ± 2,6**
	ЭЭГ	24,7 ± 4,8	16,4 ± 1,5*	2,0 ± 0,8**
Произнесенные обследуемым слова: про себя	КГР	3,0 ± 0,5	18,1 ± 2,8*	5,3 ± 1,4**
	ЧСС	Нет реакции	10,9 ± 1,5*	Нет реакции**
	ЭМГ	» »	Нет реакции	13,6 ± 1,0**
	ЭЭГ	2,0 ± 0,4	9,3 ± 2,0*	4,6 ± 0,9**
вслух	КГР	3,0 ± 0,3	26,0 ± 2,6*	7,4 ± 1,2**
	ЧСС	Нет реакции	18,4 ± 1,9*	25 ± 2,8*
	ЭЭГ	3,0 ± 0,5	16,8 ± 2,6*	5,4 ± 0,9**

* Различия с нормой статистически достоверны.

** Различия между группами больных статистически достоверны.

эксперимент словесных стимулов, имеющих по смысловому содержанию отношение к дефекту речи, вызывало значительное оживление ориентировочного рефлекса лишь у 4 из 20 обследованных. В процессе произнесения стандартного слова про себя вегетативные реакции по степени выраженности и скорости угасания не отличались от реакций на дистантные раздражители, а ЭЭГ-компонент у многих больных отсутствовал с самого начала. Следует отметить также, что у большинства больных первая ЭЭГ-реакция выявлялась лишь на 2—3-е предъявление стимула. Одновременно у них отмечалось усиление ре-

активности со стороны мышечной системы, а в процессе произнесения слова вслух регистрировалась трудноугасяемая сердечно-сосудистая реакция.

Данные исследования указывали на ослабление восходящих активирующих влияний и диссоциацию в нисходящих влияниях неспецифических структур мозга у больных с неврозоподобным заиканием. Сравнение степени выраженности и быстроты угасания различных неспецифических физиологических реакций при стимуляции звуковыми и словесными раздражителями и в процессе «внутренней» и звуковой речи показало, что при невротической и неврозоподобной формах заикания выявлялись особенности корково-подкорковых взаимоотношений, связанные с

Таблица 7

Динамика физиологических показателей до и в процессе реализации общей формулы спокойствия (аутогенная тренировка) у страдающих заиканием

Физиологические показатели	Группы страдающих заиканием			
	невротическим (15 человек)		неврозоподобным (15 человек)	
	ФОН	АТ	ФОН	АТ
ЭМГ круговой мышцы рта, амплитуда, мкВ ($M \pm m$)	$35,5 \pm 5,3$	$15,0 \pm 2,5$	$20,2 \pm 0,5$	$20,5 \pm 0,5$
КГР («спонтанная») (человек)	15 (100%)	1 (6,6%)	0	1 (6,6%)
ЭЭГ	Дисинхронная у 12 человек (80%)	Появление регулярного ритма у 10 человек (66,6%)		Нет изменений
Частота дыхания в минуту ($M \pm m$)	$21,5 \pm 1,04$	$13,2 \pm 0,5^*$	$13,5 \pm 9,9$	$14,2 \pm 0,75$
Частота сердечных сокращений в минуту ($M \pm m$)	$82,2 \pm 4,6$	$77,3 \pm 1,9^*$	$97,2 \pm 5,5$	$94,1 \pm 3,8$
Частота сердечных сокращений в процессе произнесения слова ($M \pm m$)	$115,3 \pm 2,6^*$	$99,1 \pm 0,7^*$	$119,3 \pm 6,2$	$116,2 \pm 3,7$

* Различия с фоном статистически достоверны.

различием функционального состояния неспецифических структур мозга.

Исследование роли эмоционального фактора в нервных механизмах заикания. Динамика электрофизиологических показателей в процессе аутогенной тренировки. В этих целях использовались сеансы аутогенной тренировки, а именно реализация больными формулы спокойствия и мышечного расслабления как модуляция эмоционального состояния положительного знака и мысленное представление «патогенной» эмоционально значимой ситуации как модуляция эмоционального состояния отрицательного знака.

Наши данные показали, что осуществление формулы спокойствия и мышечного расслабления больными с невротическим заиканием (15 человек) вызывало отчетливые изменения в тонической мышечной активности круговой мышцы рта в виде снижения амплитуды фонового потенциала (табл. 7). Это сочеталось с нормализацией сердечных сокращений, переставала проявляться «спонтанная» КГР, дыхание становилось более глубоким и регулярным, на ЭЭГ появлялся альфа-ритм (до аутогенной тренировки у них доминировала десинхронная активность).

Помимо уменьшения временных параметров подготовки к речи, сокращалась и избыточность вегетативных реакций в процессе речевой деятельности. Особенно важно отметить, что нормализация неспецифических показателей в процессе осуществления формулы спокойствия у больных этой группы сопровождалась приближением к норме речевой мышечной активности (табл. 8).

Произнесение обследуемым слова вслух, как и до реализации формулы общего спокойствия аутогенной тренировки, вызывало существенный сдвиг в частоте пульса (на 22 удара по сравнению с фоном). Однако по сравнению с данными, выявляемыми до аутогенной тренировки, реактивность сердечно-сосудистой системы при этом была выражена менее резко (см. табл. 6). Так, КГР, вмес- то многоволнового «бурного» проявления, в период АТ становилась маловыраженной. Таким образом, нормализация программы действия экспрессивной речи сочеталась со снижением избыточности вегетативного обеспечения.

Наряду с уменьшением временных параметров подготовки к действию сокращалось и последовательное мышечное напряжение (табл. 9).

Таблица 8

Латентные периоды ЭМГ и фонограммы и общая длительность сокращения мышцы в процессе произнесения слов до и в период применения формулы расслабления (аутогенная тренировка)

Группы страдающих заиканием	I ЛП, с		II ЛП, с		Общая длительность активного сокращения, с	
	Фон $M \pm m$	Аутогенная тренировка $M \pm m$	Фон $M \pm m$	Аутогенная тренировка $M \pm m$	Фон $M \pm m$	Аутогенная тренировка $M \pm m$
Невротическим	$0,59 \pm 0,05$	$0,54 \pm 0,03^*$	$0,84 \pm 0,06$	$0,76 \pm 0,04^*$	$1,82 \pm 0,1$	$1,65 \pm 0,09$
Неврозоподобным	$0,69 \pm 0,03$	$0,71 \pm 0,03$	$1,15 \pm 0,1$	$1,22 \pm 0,1$	$2,82 \pm 0,13$	$2,79 \pm 0,15$

* Различия с фоном статистически достоверны.

Таблица 9

Динамика остаточного напряжения в артикуляторной мышце в процессе речевой деятельности при осуществлении формулы общего спокойствия (аутогенная тренировка)

Характер остаточного напряжения	Группы страдающих заиканием			
	невротическим		неврозоподобным	
	до аутогенной тренировки	в процессе аутогенной тренировки	до аутогенной тренировки	в процессе аутогенной тренировки
Число больных	12 (80%)	4 (26,6%)	4 (26,6%)	6 (40%)
Амплитуда, мкВ ($M \pm m$)	$35,3 \pm 1,4$	$15,5 \pm 2,5^*$	$20,5 \pm 1,5$	$20 \pm 1,0$
Длительность, с ($M \pm m$)	$38,2 \pm 2,1$	$3,4 \pm 0,5^*$	$4,8 \pm 1,5$	$5,4 \pm 1,2$

* Различия с фоном статистически достоверны.

Число больных Амплитуда, мкВ ($M \pm m$) Длительность, с ($M \pm m$)	до аутогенной тренировки	в процессе аутоген- ной тренировки	до аутогенной тренировки	в процессе аутоген- ной тренировки	после аутогенной тренировки
	12 (80%) 35,3 ± 1,4 38,2 ± 2,1	4 (26,6%) 15,5 ± 2,5 3,4 ± 0,5	4 (26,6%) 20,5 ± 1,3 4,8 ± 1,3	6 (100%) 20,5 ± 1,3 4,8 ± 1,3	

К концу курса аутогенной тренировки ее навыки у больных с невротическим заиканием становились достаточно прочными.

Противоположные сдвиги в физиологических показателях регистрировались у больных с невротическим заиканием при мысленном представлении «патогенных» эмоционально значимых ситуаций. При этом наблюдалось резкое усиление амплитуды тонической мышечной активности прежде всего в мимической мускулатуре, а у большей части больных и в скелетной (до 70—100 мкВ). Частота сердечных сокращений возрастала до 120—140 в минуту, дыхание учащалось до 24—28 в минуту, становясь при этом поверхностным и нерегулярным. Появлялась высокоамплитудная и многоволновая КГР. Произнесение вслух стандартного слова на этом фоне происходило с более выраженными патологическими сдвигами во всех изученных показателях: усиливалось по амплитуде и длительности последовательное мышечное напряжение, речевое дыхание резко нарушалось. Попытка произнести фразу в описываемой ситуации выявляла существенные затруднения, испытываемые заикающимися: увеличивалось общее время активного сокращения артикуляторной мышцы, дыхание задерживалось либо появлялись частые судорожные вдохи, КГР максимально усиливалась.

Неоднократное повторение этого приема мысленного представления «патогенной» [Лубенская А. И., 1973] ситуации и осуществление вслед за этим формулы спокойствия и мышечного расслабления постепенно вызывали у больных угашение реакции на травмирующую ситуацию, что впоследствии закреплялось специальными «функциональными тренировками» [Асатиани Н. М., 1965].

Наши данные свидетельствовали о том, что эмоциональное напряжение отрицательного знака у обследованных больных было тесно связано с активацией поперечно-полосатой мускулатуры, что особенно ярко проявлялось в мимической мышце. Наличие эмоционально значимых слов, выявленных в процессе исследования ориентировочного рефлекса, а также ярко выраженных сдвигов в физиологических показателях при мысленном представлении трудной речевой ситуации, являлось доказательством существования у больных с невротическим заиканием патодинамической структуры, связанной с личностной реакцией на дефект речи. В условиях нашего исследования мысленное представление ситуации, труд-

ной для речевого общения, было моделью эмоционально-го стресса, возникающего при активации неокортикально-лимбических структур мозга. Исследования показали, что определенные условия окружающей среды были стрессорными для этих больных.

Осуществление формулы АТ, направленной на мышечное расслабление и общее успокоение, у больных с неврозоподобным заиканием (15 человек) не вызывало ярких изменений в изученных показателях, за исключением некоторого урежения частоты сердечных сокращений (см. табл. 7). Несмотря на то что у части больных отмечалось снижение амплитуды фонового мышечного потенциала, этот эффект был выражен незначительно и длился всего несколько секунд. К концу курса аутогенной тренировки навыки самовнушения не становились прочными. Существенным явилось то, что активное сокращение артикуляторной мышцы в процессе речи у больных с неврозоподобным заиканием в это время не менялось, оставаясь хаотичным и растянутым во времени (см. табл. 8, 9).

При неврозоподобном заикании мысленное представление ситуации, трудной для речевого общения, не выявляло условнорефлекторной зависимости между выраженностью вегетативных сдвигов и нарушением программы действия в функциональной системе речи, с одной стороны, и словесным обозначением эмоционально значимой ситуации — с другой.

Результаты физиологических исследований коррелировали с клиническими наблюдениями, свидетельствующими о малой выраженности логофобии у больных этой группы.

По нашим данным, осуществление расширенной формулы спокойствия и мышечного расслабления в процессе аутогенной тренировки в полной мере было доступно лишь с невротическим заиканием и в значительно меньшей степени удавалось больным с неврозоподобной формой заикания. Это согласовывалось и с клиническими наблюдениями, показавшими, что у таких больных овладение приемами АТ затруднено, они быстро теряют приобретенные навыки и не применяют их в жизни [Лубенская А. И., 1973].

Влияние психолептических препаратов на физиологические показатели и речевую функцию у больных с заиканием

Фармакологический анализ речевой функциональной системы с помощью психотропных средств, применяемых при лечении больных с заиканием, показал, что фармакологические препараты оказывают на физиологические показатели больных двух исследованных клинических групп существенно различное действие. У больных с невротическим заиканием (25 человек) разовые дозы аминазина, амизила и седуксена меняли программу действия в исследуемой системе принципиально в одном плане.

У всех больных этой группы препараты отчетливо нормализовали фоновое мышечное напряжение, а также вызвали резкое сокращение или полное исчезновение последовательного мышечного напряжения в процессе речи, несколько уменьшали латентные периоды, что максимально приближало «рисунок» сокращения круговой мышцы рта в процессе произнесения стандартного слова к норме (табл. 10). Все примененные препараты вызвали нормализацию вегетативных реакций в процессе речи: исчезала или резко уменьшалась КГР, менее выраженными становились сдвиги в частоте пульса. Следует отметить, однако, что при введении аминазина наряду с четким снижением фонового мышечного потенциала на ЭМГ появлялись участки спонтанной неритмичной залповой активности. Сходные патологические сдвиги в мышечной биоэлектрической активности наблюдались и вслед за введением амизила.

Анализ результатов исследования влияния тех же фармакологических препаратов при введении больным с неврозоподобным заиканием (20 человек) показал неоднозначность действия этих лекарств на разные физиологические показатели, в первую очередь на речевую функцию. Так, аминазин вызывал у больных этой группы углубление патологических сдвигов как в мышечном тонусе, так и в характере активного сокращения артикуляторной мышцы: усиление явлений залповой активности на фоновой электромиограмме, увеличение латентных периодов речедвигательной реакции и усугубление хаотичности сокращения круговой мышцы рта в процессе

Таблица 10

Электрофизиологические показатели до и после введения препаратов у страдающих невротическим заиканием

Название препарата	ЭМГ					Число сердечных сокращений в минуту	
	амплитуда фонового потенциала, мкВ $M \pm m$	наличие залповой активности (число больных)	I ЛП $M \pm m$	II ЛП $M \pm m$	последствие, с	в покое	в процессе речи $M \pm m$
До введения препарата (фон)	$35 \pm 0,3$	2 (8%)	$0,62 \pm 0,04$	$0,84 \pm 0,06$	$30 \pm 2,5$	$72 \pm 5,3$	$88 \pm 9,6$
Аминазин	$5 \pm 0,5^*$	5 (20%)	$0,6^* \pm 0,03$	$0,76 \pm 0,08$	$2,0 \pm 0,3$	$70 \pm 2,8$	$72^* \pm 3,6$
Седуксен	$10 \pm 0,5^*$	1 (4%)	$0,56^* \pm 0,02$	$0,75^* \pm 0,05$	$6,0 \pm 1,2$	$71 \pm 4,9$	$77^* \pm 3,6$
Амизил	$10 \pm 0,5^*$	3 (12%)	$0,57^* \pm 0,02$	$0,66^* \pm 0,03$	$9,0^* \pm 1,5$	$72 \pm 5,4$	$82 \pm 7,8$

* Отличия от фона статистически достоверны.

Таблица 11

Электрофизиологические показатели до и после введения препаратов у страдающих неврозоподобным заиканием

Название препарата	ЭМГ					Число сердечных сокращений в минуту	
	амплитуда фонового потенциала, мкВ $M \pm m$	наличие залповой активности (число больных)	I ЛП $M \pm m$	II ЛП $M \pm m$	последствие, с $M \pm m$	в покое $M \pm m$	в процессе речи $M \pm m$
До введения препарата (фон)	$5,3 \pm 0,5$	14 (70%)	$0,75 \pm 0,06$	$1,12 \pm 0,01$	$2,5 \pm 1,2$	$70 \pm 3,5$	$75 \pm 10,6$
Аминазин	$25,3 \pm 5,0^*$	19 (95%)	$1,36^* \pm 0,15$	$1,25^* \pm 10,15$	$25,0 \pm 5,2$	$64^* \pm 2,8$	$65^* \pm 5,8$
Седуксен	$5,3 \pm 0,5$	10 (50%)	$0,72 \pm 0,08$	$1,05^* \pm 0,08$	$2,0 \pm 0,5$	$70 \pm 3,5$	$73 \pm 9,5$
Амизил	$5,3 \pm 0,5$	6 (30%)*	$0,70^* \pm 0,06$	$0,95^* \pm 0,05$	$2,8 \pm 1,1$	$70 \pm 4,8$	$74,2 \pm 10,0$

* Отличия от фона статистически достоверны.

процессе произ-
вольных с не-
В противополо-
магнитоусило-
проявлялось в
активности.
Таким обра-
зом препарат
заиканием вы-
здоравливает
невротическо-
ных с невро-
эмоциональ-
системе рече-
введение па-
та, незначит-
на, ам-
нировки, что
правильно э-
казна и це-
большинстве
С

название препарата	фоновый потенциал, мкВ $M \pm m$	наличие за- поровой актив- ности (число больных)	I ЛП $M \pm m$	II ЛП $M \pm m$	последст- вие, с $M \pm m$	в покое $M \pm m$	в процессе речи $M \pm m$
введение препарата фон)	5,3 ± 0,5	14 (70%)	0,75 ± 0,06	1,12 ± 0,01	2,5 ± 1,2	70 ± 3,5	75 ± 10,6
Аминазин	25,3 ± 5,0*	19 (95%)	1,36 ± 0,15	1,25 ± 0,15	25,0 ± 5,2	61 ± 2,8	61 ± 2,8
Седуксен	5,3 ± 0,5	10 (50%)	0,72 ± 0,08	1,0 ± 0,04	2,0 ± 0,9	70 ± 3,5	75 ± 10,6

произнесения стандартного слова. Субъективно после введения аминазина больные иногда ощущали скованность и затрудненность речевых артикуляций. Одновременно с этим вегетативные реакции в процессе речевой деятельности уменьшались, исчезала их избыточность (табл. 11).

Седуксен у больных этой группы, так же как и аминазин, слегка уменьшал реактивность сердечно-сосудистой системы в процессе речи, однако характер активного сокращения круговой мышцы рта и ее тонуса не менялся. Иной результат был получен при введении амизила. Помимо нормализации вегетативной реактивности, как это наблюдалось на фоне применения аминазина и седуксена, под действием амизила менялась организация тонической активности круговой мышцы рта и осуществление речедвигательной реакции, несколько уменьшались латентные периоды речи, не было повторных «взрывов» мышечного потенциала последействия, в связи с чем упорядочивался общий рисунок сокращения артикуляторной мышцы. Однако стабилизации временных параметров и самого характера сокращения круговой мышцы рта в процессе произнесения стандартного слова, в отличие от больных с невротическим заиканием, не наблюдалось. В противоположность аминазину, амизил оказывал нормализующее действие на тоническую активность, что проявлялось в уменьшении числа участков с залповой активностью.

Таким образом, исследование влияния психолептических препаратов и аутогенной тренировки на страдающих заиканием выявило существенную разницу в значении эмоционального фактора для речевой деятельности при невротическом и неврозоподобном заикании. Для больных с невротическим заиканием снижение активности эмоциогенных структур мозга являлось решающим для нормализации программы действия в функциональной системе речи. При неврозоподобном заикании отмечались усиление патологических сдвигов в речевой функции при введении аминазина и их редукция при введении амизила, незначительное влияние седуксена и аутогенной тренировки, что свидетельствовало о малом значении в этих случаях эмоционального фактора. Учитывая разнонаправленность действия центрального адренолитика аминазина и центрального М-холинолитика амизила на биохимические системы мозга, можно предположить, что у больных с неврозоподобным заиканием преобладает ак-

тивность холинергических механизмов мозга и наблюдается относительная неполноценность его адренергических систем.

Теоретические представления о механизмах нарушения центральной регуляции речевой функции при заикании

Экспрессивная речь, являясь наиболее поздней в филогенетическом плане функцией центральной нервной системы человека, представляет собой результат деятельности высокоинтегрированной многоуровневой функциональной системы. Как в функциональной системе любого поведенческого акта, так и в формировании программы действия на стадии афферентного синтеза большую роль играет филогенетическая память [Анохин П. К., 1968]. Филогенетически речь представлена комплексом врожденных артикуляторных движений. Для формирования онтогенетической речевой памяти, помимо целостности и достаточной зрелости анатомо-физиологических связей, необходим слуховой (главным образом) и зрительный контакт с человеком, владеющим речью. Этот период онтогенеза наступает в возрасте около 6 мес, когда миелинизируются такие важные для моторики регуляторы, как группа красного ядра и полосатого тела (Бернштейн Н. И., 1949). Именно на этой стадии развития мозга происходит частичное угашение одних, стабилизация других и формирование новых артикуляторных комплексов, близких к родному языку (Бельтюков В. И., 1974, и др.).

Созревание моторных полей коры больших полушарий мозга на первом году жизни ребенка позволяет произнести первые слова. Известно, что восприятие речевых сигналов идет через фонемы — элементарные структуры слова. Усвоение фонемного состава слова связано с образованием в долгосрочной речедвигательной памяти устойчивой «фонемной решетки» (Жинкин Н. И., 1953; Лингарт И., 1970). В последующем возрастном периоде, с 2 до 6 лет, идет интенсивное накопление словарного запаса в процессе общения (Иванов-Смоленский А. Г., 1934; Выготский Л. С., 1934).

Как показывают данные проведенных нами исследований, у здоровых детей в возрасте 6 лет, несмотря на хорошее развитие экспрессивной речи, сформированы лишь основные параметры речесформированных механиз-

мов: речедвигательные стереотипы остаются непрочными, легко нарушаются при усложнении задачи, взаимоотношение моторно-дыхательных компонентов речи неустойчиво, т. е. речевой моторный акт недостаточно автоматизирован. К 10 годам моторно-дыхательные компоненты речевой функциональной системы становятся строго координированными, избирательными и экономичными, мало отличающимися от физиологической характеристики, полученной у взрослых обследованных.

Известно, что расстройства речи занимают большое место в нервно-психической патологии детского возраста. Выявленные нами возрастные особенности функциональной системы речи, свидетельствующие о неустойчивости автоматизации речевых стереотипов в раннем детстве, делают понятной причину ее избирательной непрочности в условиях снижения адаптационных механизмов при воздействии патогенных факторов.

Как показывают результаты наших исследований, у страдающих невротическим заиканием до возникновения речевого нарушения формируется нормальная речевая память. Результаты проведенного нами электрофизиологического исследования (данные статистически достоверны) указывают на принципиальную сохранность нормальной программы действия, существующей в функциональной системе речи наряду с патологической. Клинически наличие правильных речедвигательных стереотипов обнаруживается в случаях переключения внимания больного с речевого процесса на смысловое содержание высказывания или другую деятельность (т. е. при ослаблении сознательного контроля над артикуляторной стороной речевой функции), а также в процессе речи наедине с собой.

Начало заикания у таких больных связано с психогенным воздействием, а речевое нарушение, как правило, исчерпывается диссинергией мышц речевого аппарата, что соответствует психомоторному уровню патологического реагирования, свойственного, как известно, детям младшего возраста. Нарушение речедвигательного акта, однажды возникнув, имеет тенденцию к фиксации патологических взаимосвязей. Как свидетельствуют исследования, проведенные И. В. Даниловым с соавт. (1972), важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций является поток проприоцептивных импульсаций с мышц, вовлеченных в аномальную деятельность. Таким образом, с началом заикания быстро развивается замкнутый круг: диссинергия и судорожность в

мышцах речевого аппарата со временем становятся источником последующих речевых нарушений (другими словами, чем сильнее ребенок заикается, тем «прочнее» становится его заикание).

Электроэнцефалографический анализ в процессе патологической речи, как показывают наши данные и данные других авторов [Черепанов И. М., 1966; Крышова Н. А., Штейнгарт К. М., 1968; Белякова Л. И., 1973], выявляет большую диффузность мышечного возбуждения при заикании, резкое нарушение артикуляторно-дыхательной координации. Это свидетельствует о том, что возникновение запинок в речи вследствие обратных афферентаций, сообщающих параметры результата действия, мобилизует все резервы функциональной системы посылаются дополнительные импульсы к моторным речевым центрам, возбуждение распространяется на моторные ядра, не связанные непосредственно с речевой деятельностью. Клинически это выражается появлением и нарастанием в течение болезни сопутствующих речи сокращений мимической мускулатуры.

Возникновение речевого нарушения у детей, как правило, происходит на фоне общих невротических расстройств, резко усиливающихся с появлением заикания. В то же время ни у кого из них не выявляется осознания своего речевого дефекта. Это соответствует физиологическим данным, полученным нами и другими авторами у детей 5—6 лет и свидетельствующим об отсутствии или слабой выраженности физиологических коррелятов эмоционального возбуждения, связанного со значением слова [Белякова Л. И., Кулакова Т. П., 1968, 1970; Воронин Л. Г., Коновалов В. Ф., 1976].

Стойкие психопатологические расстройства в виде логофобии возникают лишь в пре- или пубертатном возрасте (11—14 лет) в связи с патологической личностной реакцией на речевой дефект, что соответствует эмоционально-идеаторному уровню реагирования, характерного для этого этапа онтогенеза [Сухарева Г. Е., 1956; Ковалев В. В., 1968, 1976].

У обследованных нами взрослых больных с невротическим заиканием логофобия доминирует в клинической картине заболевания. Аффективные расстройства у них сочетаются с нарушением устойчивости регуляторных систем мозга, связанное с усилением активирующих влияний: тенденция к снижению амплитуды колебаний и учащению ритмической активности мозга на ЭЭГ, высокий уровень тонической активности в мимических мышцах на ЭМГ, наличие

«спонтанных» КГР, трудногасимые неспецифические физиологические реакции на стимулы разной модальности, дисфункция вегетососудистой системы. Активационный характер физиологических реакций, связанный с усилением влияния адренергических структур мозга, свидетельствует о патологическом повышении требований к приспособительным нервно-вегетативным механизмам, что особенно проявляется в процессе речевой деятельности у больных с невротическим заиканием в эмоционально значимых ситуациях.

Значение роли эмоциональных нарушений в генезисе невротического заикания четко выступает при исследовании влияния аутогенной тренировки и психолептических препаратов, направленно воздействующих на те области мозга, через нейрональные механизмы которых осуществляется интеграция эмоционального поведения. Эти данные говорят о регулирующей роли лимбических структур мозга в формировании и удержании слов, лежащих в основе патологических реакций, что подтверждается результатами физиологических исследований, проведенных на животных и человеке [Бехтерева Н. П. 1971; Хананашвили М. М., 1971; 1976; Громова Е. А., 1977, и др.].

Четкая корреляционная связь логофобии и астеноневротических расстройств с определенными изменениями различных физиологических показателей свидетельствуют о наличии у больных с невротическим заиканием расстройства деятельности лимбико-ретикулярных структур мозга. Полученные данные позволяют считать, что невротическое заикание в инициальном периоде можно расценивать как проявление невротического состояния, развившегося в ответ на психогению, а собственно речевые расстройства — как психомоторную реакцию в виде дезавтоматизации речедвигательного акта, что при затяжном течении заболевания поддерживается и углубляется стойким нарушением неокортикально-лимбико-ретикулярных взаимоотношений.

Иные механизмы нарушения центральной регуляции речевой функции выявляются при неврозоподобном заикании. Согласно данным проведенных нами исследований, в процессе произнесения вслух стандартного слова, на котором не наблюдается заикания, у больных этой группы отмечается вариабельность сокращения круговой мышцы рта, а также извращение координаторных взаимоотношений артикуляторно-дыхательных компонентов речи. Эти данные свидетельствуют о том, что у больных с неврозоподобным заиканием при получении нормального резуль-

тата действия в условиях упрощенной речевой задачи, в противоположность больным с невротическим заиканием, нет автоматизированных речедвигательных стереотипов. Другими словами, у них отсутствует стабильная программа действия в речевой функциональной системе.

Клинические наблюдения показывают, что неврозоподобное заикание выявляется по мере развития речевой функции, становясь особенно заметным в период формирования фразовой речи, и его манифестация не связана с психотравмирующим воздействием. Анамнестически у всех больных этой группы, помимо резко выраженных признаков раннего диффузного органического поражения мозга обнаруживаются отставание сроков становления моторных функций организма и задержка развития речи. В речевом состоянии, помимо заикания, у них выявляются дислалия и стертая дизартрия, что является, как известно, признаком раннего органического поражения как корковых, так и подкорковых моторных структур мозга.

Нарушение организации тонической и сократительной мышечной активности (данные статистически достоверны) и диффузность мышечного возбуждения свидетельствуют о том, что у больных с неврозоподобным заиканием имеется дезорганизация моторной деятельности, напоминающая по своей картине электрофизиологические сдвиги на ЭМГ у больных с поражением стриопаллидарных образований мозга [Петелин А. С., 1970]. У некоторых больных этой группы обнаруживаются также зональные изменения корковых биоритмов в виде тета-ритма в центрально-теменных областях, что некоторые авторы связывают с патологической активностью подкорковых моторных структур мозга [Болдырева Г. Н., и др., 1965; Umbach, 1963]. Наряду с этим у них отмечаются функциональные нарушения в виде патологии взаимоотношений между синхронизирующими и десинхронизирующими системами мозга с усилением деятельности синхронизирующих таламических аппаратов.

Исследованиями многих авторов доказано, что в регуляции кортикальных движений участвуют системы кольцевых связей, звеньями которых являются базальные ядра и мозжечок [Батуев А. С., 1970; Кукуев Л. А., 1973]. Принято считать, что импульсация в пределах этой системы несет тормозные влияния к моторным зонам коры, устраняя избыточные движения, которые могут возникать в процессе реализации возбуждения в двигательных системах [Смирнов В. М., Шандурина А. Н., Горелик Л. М., 1970; Флейс Э. П., 1970; Левин С. Л., 1972].

Обследования больных с неврозоподобным заиканием показывают, что аминазин резко усугубляет у них патологические сдвиги в тонической и сократительной мышечной активности, амизил же, напротив, вызывает тенденцию к нормализации этих показателей (данные статистически достоверны).

Сопоставление полученных нами результатов с данными литературы позволяет считать, что при неврозоподобном заикании имеется усиление холинергических систем мозга и определенная недостаточность его адренергических механизмов. Ослабление регулирующей роли коры головного мозга и нарушение активности его базальных структур у больных с неврозоподобным заиканием клинически подтверждается наличием у них координаторных расстройств, непроизвольных сокращений отдельных мышечных групп, усилением сопутствующих движений и растормаживанием двигательных автоматизмов в процессе речи, сходных по своей картине с явлениями, наблюдаемыми у больных с органическим поражением стриопаллидарных структур мозга [Ривина Е. Ю., 1968; Петелин А. С., 1970, и др.].

Исследование роли эмоционального фактора с помощью аутогенной тренировки и фармакологических средств не выявляют у больных с неврозоподобным заиканием тесной взаимосвязи между реализацией речевого акта и эмоциональным состоянием (данные статистически достоверны), что кардинально отличает таких больных от больных с невротическим заиканием. Клинически это выражается малой зависимостью тяжести речевых расстройств от условий речевого общения, незначительной выраженностью логофобии у больных в зрелом возрасте. Недостаточность личностного реагирования на речевой дефект свидетельствует о том, что у больных этой группы нет ощущения «чуждости» патологической симптоматики, что, с нашей точки зрения, также является косвенным доказательством ранней патологии в формировании речедвигательных рефлексов.

Неполноценность речедвигательных стереотипов и отсутствие автоматизации в речевой деятельности при неврозоподобном заикании требуют включения в осуществление речевого акта более высокого регулирующего уровня, чем у здоровых и у больных с невротическим заиканием. Так, повышение сознательного контроля за речевой деятельностью, которая в норме совершается автоматически, улучшает речь, а ослабление его (устомление, влияние алкоголя) увеличивает количество судорожных запинок. Недо-

стабильность центральной регуляции у больных этой группы сказывается и на функции вегетативной нервной системы, что особенно ярко проявляется в процессе речевой деятельности.

Таким образом, результаты электрофизиологического исследования и клинических наблюдений показывают, что неврозоподобное заикание развивается на фоне задержанного формирования речи и неполноценности кинестетических афферентаций (дислалия, дизартрия), характеризуется наличием патологической биоэлектрической активности артикуляторных мышц по органическому типу и отсутствием стереотипности в программе действия речевой функциональной системы. Полученные данные позволяют считать эту форму речевого расстройства связанной с патологическим онтогенетическим развитием функциональной системы экспрессивной речи вследствие органофункционального поражения моторных структур мозга.

Выявленные особенности центральных механизмов нарушения речи при невротическом и неврозоподобном заикании дают возможность наметить принципы патогенетической, а, следовательно, и наиболее адекватной терапии этого заболевания.

Согласно нашему представлению, в тех случаях, когда нервные механизмы заикания связаны с органофункциональным поражением моторных структур мозга, нормализация в функциональной системе речи должна идти за счет выработки новых речеобразовательных двигательных рефлексов, в то время как при невротическом заикании лечение направляется на восстановление и укрепление имеющихся речевых моторных автоматизмов, приобретенных в раннем речевом онтогенезе.

Наличие в клинической картине заболевания эмоциональных расстройств и невротических проявлений, доминирование логофобии у больных с невротическим заиканием обуславливают прежде всего психотерапевтические методы лечения, направленные на перевоспитание отношения больного к своему речевому дефекту, на снятие эмоционального напряжения и редукцию логофобии. Особое значение в таких случаях приобретает специализированная аутогенная тренировка, куда включается прием угашивания страха речи в процессе аутогенной тренировки. Восстановление и закрепление нормальных кинестетических речевых ощущений посредством логопедических упражнений у таких больных целесообразно проводить в процессе осуще-

ствления формулы спокойствия и мышечного расслабления, так как на этом фоне речедвигательная деятельность максимально приближается к норме.

Включение в специализированный курс аутогенной тренировки приема угаживания неспецифических физиологических реакций на эмоционально значимые ситуации, вызывающие страх речи, даст возможность больным подавлять нежелательные для них эмоциональные реакции и эффективно использовать навык плавной речи в жизни.

У таких больных патологическое усиление функциональной активности эмоциогенных структур мозга и прежде всего адренергических механизмов обуславливает медикаментозную терапию, направленную на снижение уровня эмоционального напряжения. Таким больным показаны препараты транквилизирующего действия, при этом следует учитывать хрупкость медиаторного баланса в мозговых структурах и не назначать им психолептиков с направленным центральным адрено- или холинолитическим действием (аминазин, амизил).

Больным с невротическим заиканием показаны также и логопедические занятия, направленные на восстановление и закрепление двигательных нормальных автоматизмов, но они должны быть строго дозированы и продуманы в отношении наименьшей концентрации внимания больного на процессе речевой артикуляции. Больным с этой формой заикания не следует фиксировать внимание на собственных кинестезических ощущениях, так как усиление сознательного контроля будет способствовать у них дезавтоматизации речевых стереотипов.

Иное направление лечебных воздействий необходимо при неврозоподобном заикании. Неправильное формирование функциональной системы речи в онтогенезе требует в коррекционных целях перестройки определенных связей в моторном отделе речевой деятельности. У таких больных необходимо заново создавать правильные кинестезические речевые ощущения с помощью логопедических упражнений. В этих случаях требуется упорная и длительная тренировка вначале элементарных, а затем более сложных артикуляторных движений, постепенная автоматизация их. Специальной тренировки требует и выработка активного внимания больного к процессу произнесения слога, слова. Логопедия при неврозоподобном заикании, таким образом, имеет первостепенное значение в системе лечения таких больных. Психотерапевтические беседы необходимы в случаях осложнения клинической картины

невротическими реакциями и логофобией, однако аутогенная тренировка у них играет второстепенную роль и, по нашим данным, не дает выраженного нормализующего эффекта.

Учитывая нарушение биохимического баланса мозговых структур, связанное с усилением холинергических медиаций, таким больным необходимо применять препараты холинолитического действия (амизил). При медикаментозном лечении нужно учитывать, что им противопоказаны психолептики адренолитического ряда (амипазин). Помимо этого, больным с неврозоподобным заиканием необходим курс рассасывающей, дегидратационной и другой терапии, направленной на смягчение явлений органического поражения мозга и неврозоподобной симптоматики.

Большую роль в лечении речевых расстройств у детей должны играть логопедические занятия, направляемые при невротическом заикании на укрепление нормальных речевых стереотипов, а при неврозоподобном — на формирование новых.

В остром периоде, когда заикание начинается реактивно после перенесенной психической травмы, в целях избежания закрепления патологических взаимосвязей в функциональной системе речи, следует проводить охранительную терапию с максимальным ограничением экспрессивной речи у ребенка, а также весь комплекс лечебных воздействий, рекомендуемых при невротических состояниях у детей.

Быстрая фиксация патологических двигательных реакций у детей в самом начале появления заикания и осложнение с возрастом речевого расстройства тяжелыми психическими наслоениями, которые в ряде случаев ведут к социальной дезадаптации, указывают на необходимость уделяния самого пристального внимания к речевому развитию детей, к раннему лечению нарушений звукопроизношений и других дефектов речи как профилактики заикания.

Таким образом, системный подход при многоплановом клинко-физиологическом изучении речевой деятельности позволил вскрыть некоторые центральные механизмы нарушения речи при невротическом и неврозоподобном заикании при клинически сходных внешних проявлениях речевых расстройств.

При невротическом заикании как пусковую, так и поддерживающую роль играет усиление активности эмоциогенных структур мозга, доминирующей на стадии афферентного синтеза. При неврозоподобном заика-

и и основное значение в нарушении программы действия функциональной системы речи имеет патологическая онтогенетическая речевая память, препятствующая формированию правильных стереотипов.

Изучение речевой патологии при помощи системного анализа позволяет многосторонне оценить участие различных уровней центральной нервной системы в организации речевой функции.

Глава 4

СИМПТОМАТИКА И ТЕЧЕНИЕ ЗАИКАНИЯ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ

Заикание представляет собой нарушение ритма и плавности экспрессивной речи с преимущественным поражением ее коммуникативной функции. Как уже было сказано, начало заикания относится к периоду формирования у детей речи и потому его можно назвать эволюционным.

Заикание всегда начинается с прерывания течения речи. Но не всякое прерывание плавности речи является патологическим. У большинства людей в состоянии сильного возбуждения могут возникнуть запинки в речи. Когда же возбуждение проходит, как правило, обычное течение речи самостоятельно восстанавливается. Если прерывистость речи не исчезает, то ее следует считать патологической, т. е. можно говорить о наличии заикания.

Заикание чаще всего выражается повторением отдельных звуков или слогов (так называемые клонические судороги) или длительной задержкой на произношение отдельных звуков (тонические судороги). Н. Gutzmann (1898), Е. Fröschels (1925) различали клоническую, клонотоническую, тоноклоническую, тоническую формы заикания и рассматривали их как выражение прогрессирующего развития этого речевого нарушения. Они считали, что при длительном течении заикания происходит постепенный переход клонических судорог в тонические, которые становились преобладающими при длительном заикании.

При дальнейшем развитии заикания появляются эмболофразии (введение в речь добавочных слов), например: «ну, вот, так сказать, значит» и т. п.

В генезе всех этих симптомов участвуют органы дыхания, фонации и артикуляции. Дыхание у заикающихся является одновременно и грудным и брюшным. Клониче-

ские и тонические нарушения в речи проявляются и в характерной прерывистости дыхания. Речевое дыхание нарушается различно: начало речи бывает с шумным выдохом и коротким вдохом или вдохом, не рассчитанным на фразу, иногда появляется озвученное дыхание, часто заикающиеся говорят на вдохе. При фонации наблюдается твердая атака при произнесении звука.

Затруднения в области речевой моторики иногда сопровождаются первичными и вторичными сопутствующими движениями. Под первичными сопутствующими движениями понимают движения лицевых мышц, так, например, раздувание крыльев носа (симптом крыльев носа). Вторичными сопутствующими движениями являются различные некоординированные движения туловища и конечностей, сопровождающие речевые затруднения. Некоторые заикающиеся отбрасывают голову назад, другие топают ногой, машут рукой и т. п. Речь заикающегося в ситуации волнения или в период ожидания предстоящего разговора протекает на фоне нарушения ритма дыхания, учащенного сердцебиения, покраснения или побледнения лица и тому подобных вегетативных реакций. Иногда из-за страха перед речевой неудачей он старается построить свою речь преимущественно из «легких» для произношения слов или во время речи вдруг меняет строй предложения. Это приводит нередко не только к нарушениям в построении фразы, но и к изменению смысла. На такие трудности в подборе слов у заикающихся школьников указывает в своих наблюдениях Weuffen (1961).

Эти симптомы отнюдь не являются только реактивным последствием так называемого пароксизма заикания. Liebmann (1924) наблюдал зависимость этих пароксизмов от уровня требований, предъявляемых к речи.

Углубленное изучение развития речи у ребенка в аспекте ее коммуникативной функции показало, что речь развивается ступенеобразно. У заикающихся детей коммуникативная функция нарушена, и заикание чаще всего возникает в тех случаях, когда требования к речи ребенка предъявлены без учета его речевых возможностей. Поэтому для заикающихся дошкольников и школьников разработаны методические приемы восстановления коммуникативной речи, включающие ступени речевой сложности, облегчающие заикающемуся общение (см. с. 109).

К.-Р. Becker, Suhrweir (1962) установили, что интеллектуальное развитие заикающихся школьников не отличается от обычного уровня, но их речевой недостаток при

определенных ситуациях мешает коммуникативной деятельности и отрицательно влияет на полноту использования имеющихся интеллектуальных возможностей.

В дальнейшем у заикающегося могут появиться такие психические особенности, как страх речи, социальная изоляция и др.

Н. Gutzmann (1898) называет эти явления вторичными психическими нарушениями. Выраженность последних очень сильно зависит от того, как реагируют социальное окружение заикающегося на его речевой недостаток и как сам заикающийся воспринимает реакцию окружающих.

Шкала этих взаимозависимостей очень разнообразна: насмешки, непонимание, несправедливость оказывают отрицательное действие на характер заикающегося, способствуя углублению невроза.

При изучении проблемы заикания ряд ученых сделали немало попыток для раскрытия закономерности развития этой речевой патологии и ее влияния на личность заикающегося (И. А. Сикорский, Н. Gutzmann, Fröshels, Hoepfner, Г. Д. Неткачев и др.).

Дальнейшее изучение заикания обусловили попытки дифференцированного подхода, как к симптоматике заикания, так и к его коррекции. М. Seeman (1962) считает патологическим симптомом заикания не нарушение речи, а аффективную реакцию на него. Такое определение, данное Seeman, объясняется, очевидно, стремлением отличить заикание в узком смысле слова, т. е. невротическое заикание, от подобных ему прерываний течения речи иного генеза.

Современное представление о механизме заикания связано с выделением невротических и неврозоподобных форм эволюционного заикания [Ковалев В. В. и др., 1971; Асатиани Н. М. и др., 1973].

Эволюционное заикание бывает благоприятным и неблагоприятным, что выражается прогрессивным, рецидивирующим и регрессивным типами его течения.

Эволюционное заикание может иметь как острое психогенно-реактивное, так и постепенное начало. Нередко появлению первых запинок в речи предшествует соматическая ослабленность и некоторые невротические расстройства (нарушение сна, плаксивость, астения и т. п.) как соматического, так и психогенно-реактивного генеза.

В этих случаях достаточно бывает резкого изменения обстановки, появления внезапных звуков и т. п., чтобы у ребенка начались запинки в речи.

Более сильные воздействия, вызывающие реакцию испуга, могут обусловить мутизм и даже предшествующее ему потерю сознания с последующими судорожными проявлениями в речи.

Невротическое заикание обычно начинается по психогенно-реактивному типу вслед за реакцией испуга у детей впечатлительных, склонных к невротическим реакциям. В этих случаях динамика клинической картины выражается в нарастании как речевых нарушений, так и общих невротических расстройств.

У детей с невротическим заиканием наблюдаются невротические расстройства различной степени выраженности. К ним относятся трудность засыпания, поверхностный неглубокий сон, пугливость, склонность к появлению слез, снижение аппетита, встречающееся даже в грудном возрасте. У некоторых детей отмечаются заторможенность поведения, застенчивость, повышенная впечатлительность, трудности привыкания к новой обстановке.

В других случаях невротические проявления могут выражаться повышенной раздражительностью, капризностью, упрямством, демонстративным поведением, легкой возбудимостью, чрезмерной подвижностью. У части детей отмечается склонность к возникновению страхов, иногда сопровождающихся иллюзорными расстройствами. В отдельных наблюдениях встречается невротический энурез. Иногда период возрастного криза может характеризоваться истерическими проявлениями: возбудимостью, раздражительностью, демонстративностью поведения. Развитие невротических черт часто связано с наличием неблагоприятной семейной обстановки и особенно с неправильным воспитанием.

У этих детей наблюдаются особенности речевого онтогенеза, проявляющегося ранним бурным развитием фразовой речи. Часто фразовая речь формируется к полутора годам, причем словарный запас интенсивно пополняется в течение 2—3 мес, при этом нередко формируется ускоренный темп речи с недоговариванием слов и предложений, пропусками предлогов. Часто отмечаются также и явления косноязычия в виде смазанного произнесения звуков в речевом потоке (свистящего и шипящего сигматизма, ротацизма). Косноязычие (дислалия) в ряде случаев носит физиологический характер однако при его стойкости возникает необходимость логопедических занятий по исправлению звуков. С возрастом заикание усложняется речевыми уловками, эмболсфразиями, сопутствующими движе-

ниями и нарастающей речевой робостью. Обычно к 11—13 годам подросток осознает речевой дефект, у него начинает формироваться страх перед речью (логофобия) и отмечается активное стремление избегать трудных речевых ситуаций. При неблагоприятном течении заикания к 15—16 годам как речевые, так и общеневротические расстройства становятся более выраженными, что отражается на общем состоянии и социальной адаптации больных. Влияние неблагоприятных факторов и отсутствие своевременного лечения, особенно на ранних этапах развития заикания, могут способствовать появлению тяжелых невротических расстройств с нарастающим чувством собственной неполноценности и признаками невротической депрессии, с тенденцией к утяжелению речевой судорожности, генерализацией страха речи, стабилизацией вазовегетативных нарушений и с постепенным формированием патологических черт характера.

Неврозоподобное заикание чаще имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Для этих больных характерен полиморфизм как психических, так и собственно речевых нарушений — наличие, помимо заикания, косноязычия, быстроговорения (батаризм), недостаточной модуляции голоса и т. п. При этом по сравнению с невротическим заиканием отмечается склонность к большей судорожной готовности и большей выраженности гиперкинезов и сопутствующих речи движений, а также более легкое возникновение вазовегетативных нарушений.

В целом для таких больных характерно более позднее развитие речи и общей моторики, а также наличие признаков нарушения психической деятельности уже в детском возрасте. Их поведение характеризуется либо общей двигательной и психической расторможенностью и склонностью к немотивированным расстройствам настроения (дисфории), либо вялостью, пассивностью и однообразием в поведении. Несмотря на выраженную судорожность речи, логофобия в этих случаях носит редуцированный (ослабленный) характер и страх речи мало беспокоит больных. Неврологическое обследование обычно выявляет признаки диффузного органического поражения мозга с акцентом на его моторных структурах и стойкие явления вазовегетативных нарушений.

В грудном возрасте эти больные отличаются беспокойством, крикливостью, часто наблюдаются нарушения сна. Раннее физическое развитие больных протекает в соответ-

ствий с нормой, однако отмечается плохая координация движений, дети испытывают трудности при выполнении мелких и точных движений, отличаются моторной неловкостью.

Что касается речевого онтогенеза, то последний у детей с неврозоподобным заиканием отличается от речевого развития детей с невротическим заиканием. Первые слова появляются у них после года, фразовая речь формируется к 2—2½ годам, словарный запас пополняется медленнее, развернутые фразы появляются часто лишь после 3 лет. Построение фраз бывает аграмматичным. У части детей отмечаются некоторое ограничение артикуляции, трудности перехода от одного артикуляторного движения к другому, стойкие и длительные нарушения звукопроизношения в связи с явлениями стертой дизартрии.

Дети отличаются быстрой истощаемостью, отвлекаемостью, утомляемостью. Выраженность церебрастенического синдрома может быть различной: от легких проявлений до тяжелых, когда церебрастенический синдром входит в структуру и сочетается с более выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы (состояния взрывчатости, злобности, дисфорических расстройств настроения), поведения, деятельности ребенка. В отличие от детей с невротическим заиканием характерна задержка в развитии навыков опрятности.

Неврозоподобное заикание обычно появляется исподволь, постепенно в возрасте 3 лет часто на высоте формирования фразовой речи. Оно развивается не сразу, начинаясь с легкого клонического заикания, и в течение нескольких месяцев приобретает тяжелый тоноклонический характер. Проявляется оно почти во всех видах речи, сопровождаясь многочисленными сопутствующими движениями.

Таким образом, эволюционное заикание является многокомпонентным синдромальным проявлением различной природы, формирующим определенные клинические состояния невротического и неврозоподобного генеза, что требует дифференцированных методов воздействия в медико-педагогической работе.

В текущем столетии в СССР, начиная с 20-х годов, и в ГДР с 50-х годов последовательно разрабатывается комплексный медико-педагогический метод лечения заикающихся (В. А. Гиляровский, Ю. А. Флоренская, Н. А. Власова, К.-П. Беккер, Х. Чокке). Особенности применения этого метода во многом зависят от возраста заи-

кающегося (ребенок, подросток или взрослый) и степени его социальной адаптации.

В комплексном методе объединены следующие разделы реабилитационной работы с заикающимися: перевоспитание всей личности с помощью педагогических и психотерапевтических приемов, коррекции речевого дефекта, развитие речи и мышления, воспитание моторики, музыкальная логоритмика, медикаментозная терапия, направленная на редукцию невротических и неврозоподобных расстройств.

В педагогическую и воспитательную работу с заикающимися дошкольниками включается обязательная программа обучения и воспитания детей массового детского сада, в логопедической работе обращается внимание не только на симптом заикания, но также и на развитие речи, ее познавательную и коммуникативную функцию.

В логопедическую и педагогическую работу со школьниками включен учебный план общеобразовательной средней школы.

Как уже было сказано, социальная среда играет значительную роль в возникновении и развитии заикания. Для преодоления нарушений, наступающих у заикающихся в устном общении с окружающими, необходимо, чтобы логопед и врач установили тесный контакт с лицами его ближайшего окружения — родителями, воспитателями и педагогами школ для внесения необходимых разъяснений о вредности отрицательных воздействий среды. Устанавливая контакт с семьей заикающегося, логопед или врач должны найти необходимые в каждом отдельном случае приемы для перевоспитания отношения окружающих к заикающемуся ребенку или взрослому.

Независимо от возраста заикающегося и от учреждения, в котором он лечится, все логопедические и медицинские мероприятия должны быть тесно взаимосвязаны. В комплексном процессе, проводимом логопедом, развитие речи и мышления, развитие моторики и перевоспитание личности сливаются в единое целое.

В последующих главах даются отдельные подробные описания медико-педагогического метода лечения детей дошкольного и школьного возраста, подростков и взрослых.

Глава 5

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ДЕТСКИХ САДОВ

Учитывая особенности детского возраста, лечение заикания у дошкольников потребовало создания специального метода, который соответствовал бы физиологическим и психическим возможностям ребенка. Такой метод был разработан в 1930 г. в психоневрологической клинике, руководимой проф. В. А. Гиляровским, Н. В. Власовой совместно с детскими психиатрами.

Этот метод объединяет логопедические, педагогические и воспитательные, лечебные и медицинские мероприятия, музыкально-ритмические занятия, пение, психотерапию и работу с родителями.

Характерной особенностью этого метода является то, что речь заикающегося ребенка рассматривается в различных аспектах и относительно физиологического развития, в связи с общественно-социальной деятельностью, особо выделяются вопросы объединения в логопедической работе моментов воспитания и обучения. В процессе обучения придается большое значение тесной взаимосвязи всех функций организма, участвующих в развитии личности, необходимых для формирования интеллекта и его внешнего проявления: внимания, памяти, мышления и внутренней речи.

За последние годы изучение вопросов клинической типологии детей, страдающих заиканием, позволило выделить три основные его формы: невротическое заикание, неврозоподобное заикание в рамках ранней цереброорганической недостаточности, неврозоподобное заикание при прогрессивных нервно-психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия).

В связи с речевыми и психопатологическими особенностями клинического проявления невротического и неврозоподобного заикания комплексная терапия была дополнена сведениями для дифференцированных занятий — логопедических, педагогических и логоритмических, а также лечебных и медикаментозных мероприятий.

Все разделы данного метода представляют единый комплекс мероприятий терапии заикания, конечная цель которого — полная социальная реабилитация заикающегося

ся ребенка, включающая в себя не только перевоспитание его личности и речи, но также и развитие социальных взаимоотношений с целью подготовки к обучению и активной общественной деятельности в условиях общеобразовательной массовой школы.

Учитывая все упомянутые выше разделы комплексного метода, лечение заикания в основном следует проводить в коллективе, но оно требует индивидуального подхода в каждом отдельном случае, а коллектив является связующим звеном между личностью и обществом.

Лечение заикания у детей дошкольного возраста целесообразно проводить не амбулаторно, а в учреждениях типа дневного стационара, специального санатория или детского сада с лечебным уклоном, чтобы было можно применять весь комплекс необходимых мероприятий.

Диагностика заикания и принципы первичного медико-педагогического обследования ребенка

Прежде чем ребенок начнет посещать группы для лечения заикания в дневном стационаре или в специальном детском саду, проводят подробное клиническое и логопедическое обследование ребенка. Врач определяет соматическое, неврологическое и психическое состояние ребенка. Логопед обследует речь ребенка, его характерологические особенности, а также особенности моторики.

Для направленного и результативного лечения заикания у детей дошкольного возраста необходимо с самого начала выделить заикание из сходных состояний.

Для правильной постановки диагноза необходимы данные тщательного анамнеза и результаты клинического и параклинического обследования ребенка.

Первую беседу с родителями врач проводит таким образом, чтобы родители поняли, как необходим контакт с врачом и логопедом, в беседе затрагиваются многие вопросы как развития заикания, так и обстановки в семье и особенно поведения родителей при начавшемся у ребенка заикании.

При обследовании заикающихся дошкольников отмечается много диагностических трудностей, заключающихся в том, что врачу приходится иметь дело с заболеванием в самой начальной стадии его формирования, когда нет еще определенных и четко очерченных симптомов. Заикающиеся дети в большинстве своем больные дети, с наличием

определенных невротических и психических нарушений, диапазон которых довольно широк.

Выявить наличие этих нарушений не всегда возможно, так как многие родители вначале не дают точных сведений о всех моментах воспитания и развития начавшего заикаться ребенка. И лишь позднее, в период посещения ребенком детского сада, при более близком знакомстве с семьей заикающегося ребенка врач и логопед получают более точные данные о его развитии, поведении, о начале заикания.

После беседы все анамнестические данные врач заносит в первичный опросный лист, а в дальнейшем всю динамику лечения заикания фиксирует в истории болезни, а логопед — в дневниках наблюдений.

Полученные данные первичного обследования обсуждаются врачом и логопедом, которые ставят первичный диагноз и назначают доступную для каждого ребенка форму и продолжительность ежедневных фронтальных занятий.

Первичное логопедическое обследование

При первичном обследовании заикающегося ребенка прежде всего выявляют общее состояние речи, развитие ее коммуникативной функции. Речь теснейшим образом связана с развитием личности и со средовым окружением. На этих принципиальных основах построена вся методика первичного обследования с учетом возраста ребенка.

Ребенок, впервые пришедший в какое бы то ни было учреждение — логопедический стационар или логопедический детский сад — чувствует себя несколько стесненно, а потому первичному обследованию лучше придать форму беседы. Для того чтобы ребенок почувствовал себя спокойно, надо подобрать интересные игрушки, картинки. Это позволит провести обследование непринужденно, таким образом можно собрать сведения об общем развитии ребенка, уровне его интеллекта и речи. В начале беседы лучше всего задавать вопросы: как тебя зовут? с кем ты пришел? где ты живешь? сколько тебе лет? Понимание ребенком речи выясняется в ходе беседы (говорит ли ребенок фразами или отдельными словами). Проверяется грамматический строй речи, темп, уровень развития экспрессивной речи.

Для дальнейшего обследования лучше предложить ребенку посмотреть вместе картинки или поиграть в какие-нибудь игрушки, или спросить, во что ему хочется поиг-

рять. Выбор ребенка, говорящий о его вкусах и интересах, даст возможность оценить некоторые стороны его интеллекта.

Необходимо выяснить представление 5—7-летнего ребенка о числе, понятии количества, знании цифр. Проверяют прямой и обратный счет. Развитие представлений о форме проверяют не по картинкам, а на предметах, для этого можно пользоваться доской с вкладышами различной формы.

У дошкольников, особенно с поражением центральной нервной системы, необходимо проверить различение цвета. Для этого используют любые цветные картинки с изображением одежды, обуви и др.

Моторику лучше всего обследовать в играх с мячом: как ребенок ловит мяч (ловит ли обеими руками или совсем не ловит), как бросает мяч, умеет ли отбивать от пола (какой рукой).

Проверяют, умеет ли ребенок прыгать на одной ноге, на двух, развиты ли у него движения пальцев рук: как берет кубики, как координирует движения при постройке пирамидки, башни и т. п.

При обследовании речи обращают внимание на то, какие трудности испытывает ребенок при ответах на задаваемые вопросы, способен ли он к анализу содержания вопроса.

Полезно давать наборы картинок, изображающих отдельные предметы, и просить ребенка их сгруппировать. Ребенок должен проявить способность к обобщению.

Учитывают, как он справляется с этими заданиями и какие испытывает затруднения.

Все приемы обследования помогают также познакомиться со спонтанной речью ребенка, когда он эмоционально вступает в контакт с логопедом.

При такой беседе необходимо обратить внимание, говорит ли ребенок фразами, при каком виде речи заикание проявляется особенно сильно.

Определяют недостатки в темпе речи. Формы заикания отмечают особо. Затем фиксируют все виды косноязычия и нарушение голоса.

Схема обследования заикающегося при первичном поступлении в логопедическое учреждение

1. Фамилия, имя, отчество ребенка.
2. Дата рождения.
3. Адрес, домашний телефон.
4. Фамилия, имя, отчество родителей.

Логопед

После получения данных анамнеза и обследования врачом и логопедом совместно обсуждаются полученные результаты с целью комплектования групп и организации необходимого режима дня, а также для обоснования первоначальных логопедических и логоритмических занятий.

Группы для логопедических занятий комплектуются по возрастному признаку: дети 4—5 лет, 6—7 лет. В группе не должно быть больше 12 детей.

Прием детей в логопедические учреждения для заикающихся (дневные стационары или детские сады для заикающихся) рекомендуется проводить организованно, в определенные, заранее известные сроки. Опыт показал, что наиболее благоприятным временем является сентябрь (после летнего отдыха). Приход детей в такой логопедический стационар или детский сад обставляется очень празднично, все детские комнаты красиво оформлены. Дети знакомятся друг с другом, им показывают все помещение, комнаты, где они будут играть и заниматься.

Все поступающие дети врачам и логопедам уже знакомы по первичным обследованиям и беседам, но об их поведении в новом, незнакомом коллективе, данных, конечно, еще нет, поэтому очень важно в течение первых дней следить не только за поведением детей, их речью, но особенно за их взаимоотношениями в коллективе. Практика показала, что полезно, когда в коллективе находятся дети, посещавшие это логопедическое учреждение в предыдущем учебном году. Такой небольшой контингент детей всегда остается в логопедическом детском саду, это дети, у которых не достигнута еще полная реабилитация в заикании.

Они уже являются «помощниками» логопеда, так как раньше посещали этот детский сад или дневной стационар. Им все уже знакомо и они охотно помогают вновь пришедшим детям познакомиться с игрушками и помещениями. Надо заметить, что для многих детей помощь, которую они оказывают логопедам, утешая, например, расплакавшегося малыша, играет немаловажную роль в собственном перевоспитании.

В течение первых трех дней детей приучают к режиму и особенно к спокойной речи и тишине, им внушают, что такая неторопливая речь поможет им хорошо говорить. Большое значение имеет впечатление, которое остается у детей от первого посещения учреждения. Если после этого они охотно идут в группу логопедического детского сада, то проведение занятий с такими детьми значительно эффективнее.

Лечебные мероприятия

Лечебные мероприятия с заикающимися детьми дошкольного возраста (4—7 лет) включают следующие моменты: медикаментозное лечение, общегигиенические мероприятия, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, массаж и психотерапию¹.

Медикаментозное лечение проводится дифференцированно, в зависимости от формы заикания, оно включает в себя общеукрепляющую, седативную и специальную, строго индивидуальную терапию¹. Общеукрепляющее лечение назначают всем детям: поливитамины, препараты кальция, фосфора, глюкоза, гематоген.

Медикаментозное лечение проводится курсами по 1½—2 мес. Его полезно сочетать с физиотерапевтическими процедурами (электросон, ионо-гальванизация), а также с лечебной физкультурой.

Укрепление соматопсихического состояния лекарственными средствами способствует улучшению речи, помогает логопедической работе и во многих случаях ускоряет лечение заикания.

Общегигиенические мероприятия: правильный режим дня, нормализация дневного и ночного сна, рациональное физическое и трудовое воспитание благотворно влияют на ребенка, улучшают состояние его речи и психики.

С психотерапевтической целью лечение заикающегося дошкольника следует осуществлять без отрыва от семьи, т. е. в учреждениях дневного пребывания, это способствует развитию наиболее здоровой личности ребенка, так как родители в таких случаях имеют возможность принимать участие в работе над перевоспитанием его речи.

Клиническая оценка состояния заикающегося имеет немаловажное значение для выбора методов логопедической работы. Логопед, хорошо знающий особенности психического состояния каждого ребенка, совместно с врачом оценивает его возможности на определенных этапах логопедических занятий.

Нагрузка при занятиях, ее вид и продолжительность диктуются не только выраженностью речевых расстройств, но и особенностями психического и соматического состояния ребенка.

¹ Власова Н. А., Калачева И. О., Мокровская А. А. «Методическое письмо» — Лечебно-педагогическая работа с заикающимися дошкольниками. Изд. МЗ СССР.— М., 1979 г.

Логопедическая работа

Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста является одним из наиболее значительных разделов комплексной терапии заикания. Значение логопедической работы, ее многогранность у дошкольников определяется еще и тем, что без нее практически невозможно совсем или надолго устранить заикание.

Дошкольный возраст — это ответственный период в формировании и развитии речи ребенка; его можно назвать периодом познания. В эти годы ребенок неустанно обогащает свой словарный запас благодаря активным, настойчивым вопросам. Освоение языка позволяет детям свободно рассуждать и, главное, свободно общаться.

Н. К. Крупская¹ в своих педагогических трудах, рассматривая вопрос о формировании речи ребенка, считала речь основой умственного воспитания. Она говорила, что словарный запас детей должен отражать их знания об окружающем, особенно знания о жизни людей, их труде.

Если же в эти годы у детей возникает заикание, оно почти всегда отразится на развитии характера, личности и на формировании речи. Нередко речевое развитие задерживается. Основной причиной нарушенного речевого развития можно считать затруднения, возникающие у заикающихся детей во время речи. Им особенно трудно пользоваться спонтанной речью, нарушение коммуникативной связи мешает им задавать вопросы, словарный запас в таких случаях пополняется медленно. Всякая задержка в развитии речи, будь то плохое понимание, малый запас слов, непонятый или различные виды косноязычия, затрудняет общение ребенка с детьми и в какой-то мере исключает его из игр и занятий в коллективе. Логопедическая работа направлена на развитие и перевоспитание речи заикающегося ребенка и на формирование его личности.

Занятия по развитию и перевоспитанию речи

Наряду с основной задачей логопедической работы по преодолению заикания и развития свободного речевого общения важное значение придается развитию психических функций, участвующих в формировании интеллекта, речи,

¹ Крупская Н. К. О дошкольном воспитании. — М.: Просвещение, 1973, с. 165.

мышления, памяти и творческих способностей. Но в логопедической работе, кроме того, используются общие установки дошкольной педагогики для всех групп детского сада, учитывая и подготовку к школе. Заикание, возникающее в ответственный период формирования и развития речи, в период становления коммуникативных связей, требует такого метода логопедической работы, который был бы доступен при работе с детьми дошкольного возраста. Особенности этого возраста не позволяют ограничивать логопедическую работу только выработкой плавной речи.

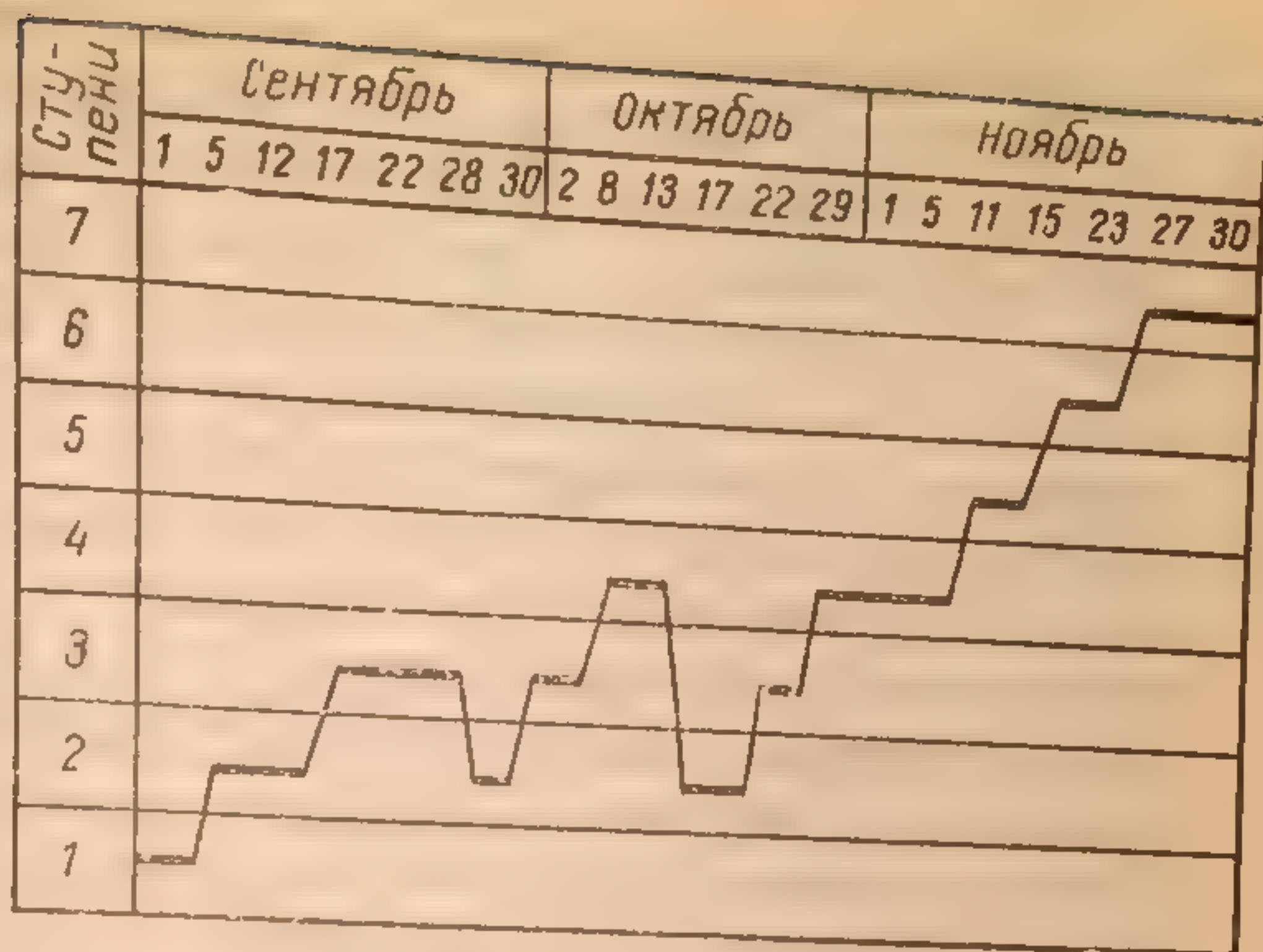
Известно, какую большую роль в развитии речи ребенка играет подражание речи окружающих, это учитывается при проведении занятий по коррекции речи заикающегося ребенка. В начале лечения, когда заикание еще тяжелое, для облегчения произношения слова или фразы ребенку помогают, одновременно показывая и называя игрушку или картинку. О большой роли наглядного материала говорил еще великий русский педагог К. Д. Ушинский: «Учите ребенка каким-нибудь пяти не известным ему словам, и он будет долго и напрасно мучиться над ними, но свяжите с картинками двадцать таких слов, и ребенок усвоит их на лету»¹.

В логопедической работе в каждом из ее разделов, будь то развитие внимания, памяти, мышления необходимо пользоваться наглядными пособиями: игрушками, картинками, значительно облегчающими заикающимся детям нахождение нужных слов при построении фразы. Кроме того, ребенка надо научить свободно, без заикания пользоваться сначала ситуационной речью (с опорой на зрительное восприятие), а затем контекстной (без конкретной опоры на зрительное восприятие).

При заикании ребенку особенно трудно отвечать на задаваемые ему вопросы, а также пользоваться спонтанной речью. Поэтому все виды речевых занятий, используемые при перевоспитании речи заикающегося ребенка дошкольного возраста, построены по принципу от простого к сложному, т. е. распределены в порядке постепенного их усложнения, а именно от сопряженной и отраженной речи, являющихся для детей самыми легкими видами речи, к наиболее сложным: к спонтанной эмоциональной речи. Последовательных ступеней речи, рекомендуемых для перевоспитания речи заикающегося дошкольника, семь (рис. 6):

¹ Ушинский К. Д. Собр. соч. Т. 2. — М. — Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1949, с. 560.

Рис. 6. Примерная графическая запись состояния речи у ребенка в процессе лечения заикания.



1) сопряженная речь; 2) отраженная речь; 3) ответы на вопросы по знакомой картинке; 4) самостоятельное описание знакомых картинок; 5) пересказ прослушанного небольшого текста; 6) спонтанная речь; 7) нормальная эмоциональная речь (беседы с логопедом, детьми, посторонними, просьбы).

Все эти этапы составляют основную схему в перевоспитании речи, которая необходима логопеду для того, чтобы при построении фронтальных занятий с группой он имел возможность, учитывая степень заикания и уровень развития речи у того или другого ребенка, давать каждому из них посильные речевые задания. Подход к занятиям должен быть творческим и индивидуальным.

Сопряженная речь. Сопряженной называется такая речь, когда слово или фразу ребенок произносит с логопедом. Этот вид речи является наиболее легким для заикающегося. Такая пассивная речь, дающая возможность говорить без заикания, имеет большое психотерапевтическое значение. Все занятия по перевоспитанию речи должны проходить в форме игры и строиться так, чтобы и при от-носительно пассивной (в начале занятий) речи обогащался словарный запас детей. Чтобы приучить детей с самого начала к связной речи, логопед должен, показывая игрушки или картинки, говорить небольшими фразами, четко и с эмоциональной окраской, например: «Посмотри, вот мячик, брось мячик мне, повтори вместе со мной — вот мячик», «Брось мячик мне, скажи, я бросаю мячик», «А вот кукла» и т. д. Вариантов для таких занятий множество, достигнутая таким образом спокойная речь даст возможность увеличивать постепенно количество слов во фразах. Следует давать такие картин-

ки, рассматривая которые, дети могут увеличивать количество слов во фразах до 4—5 и более.

Подбор материала для речевых занятий не должен быть случайным. Материал следует тщательно продумать и подчинить определенной цели. Уже на первых занятиях даже детям с тяжелым заиканием полезно давать задания на сравнения и обобщения. Вначале на таких занятиях речь детей «пассивна», но это начало большой работы над обогащением словарного запаса, которая ведется затем на протяжении всего времени персвоспитания речи заикающегося ребенка. Для этих занятий логопед должен приготовить серии игрушек и картинок с изображением хорошо знакомых детям предметов, а также домашних животных и птиц (собака, лошадь, корова, кошка, петух, курица, утка, гусь), мебели и посуды (стол, стул, шкаф, кровать, стакан, тарелка, чашка), диких животных (лев, лиса, волк, заяц).

Отраженная речь. Этот вид речи сходен с предыдущим, так как в нем также нет еще элементов самостоятельной речи. Подсказывание благотворно действует на затрудненную речь, и поэтому отраженное повторение фразы для заикающегося не представляется трудным. Материалом для этих занятий служат также наглядные пособия: игрушки и разнообразные предметные и сюжетные картинки с изображением как одного действующего лица и действия, так и большого числа лиц, действий и предметов (дети собирают в лесу грибы и ягоды, дети катаются зимой с горы на санках и т. п.). Проводя занятия по таким картинкам, полезно использовать различные детские лото: лото профессий, ботаническое, зоологическое и др.

Такие занятия расширяют кругозор детей. Эта еще пассивная речь является фундаментом для построения спонтанной речи.

Для борьбы с прерывистостью дыхания у заикающихся детей имеет большое значение чтение небольших стихов, сначала отраженно, а затем самостоятельно. Стихи должны быть понятными по смыслу, без трудных слов и с четким ритмом. Ритмом стиха хорошо нормализуется прерывистость дыхания. Сначала логопед читает все стихотворение, рассказывает его содержание, затем дети повторяют его самостоятельно. Вначале читаются небольшие стихотворения (не более 2—4 строф). Необходимо следить, чтобы при чтении стихов не было монотонности, чтобы речь детей была эмоциональна. Речь логопеда должна быть очень четкой, с естественной интонацией.

Ответы на вопросы по знакомым картинкам. Этот вид речи сходен с предыдущим, но отличается от него тем, что при ответе на вопрос по картинке одно слово в предложении ребенок должен уже произнести самостоятельно. Вопрос задается таким образом, чтобы ребенку было легко ответить и он мог бы почти отраженно повторить весь вопрос в своем ответе. Так, например, на картинке изображена девочка, играющая с котенком. Логопед спрашивает: «Кто играет с котенком?» Ребенок должен ответить: «Девочка играет с котенком». Другая картинка: дети сидят за столом и читают книжки. Вопрос опять задается так, чтобы ребенку надо было бы вставить только одно слово. Вопрос: «Кто сидит за столом и читает книги?» Ответ: «Дети сидят» и т. д. Вопросы задаются и в процессе игры: с куклами, машинками, мячами и т. п. Например: «Что ты надела на куклу?» Ребенок отвечает: «Я надела пальто». «Кому ты бросил мяч? Я бросил мяч Вове» и т. д.

Таким образом, постепенно совершается переход от отраженной речи к описанию картинок, самостоятельному произнесению фразы, но еще подкрепленному зрительно при помощи какой-либо игрушки, предмета или картинки.

Каждое задание, каждый вопрос, который логопед задает детям, следует формировать так, чтобы им не было трудно на него ответить. Вопросы задают с учетом структуры речевого нарушения. Во время занятий логопед задает вопросы как детям уже хорошо и спокойно пользующимся спонтанной речью, так и детям, не избавившимся еще от заикания или косноязычия.

Самостоятельное описание картинок. Чтобы облегчить этот подготовительный к спонтанной речи этап, вначале лучше давать детям для описания уже знакомый материал: игрушки, различные предметы, картинки. Тогда этот переход к самостоятельному виду речи не бывает для них трудным и вместе с тем постепенно приучает их к уже самостоятельному построению фразы. Необходимо помнить, что речевые занятия, помимо перевоспитания речи из заикающей в плавную, обогащают одновременно запас детского словаря, часто очень бедного, особенно у детей с поздним развитием речи. Очень полезны занятия, когда дети сами активно действуют: рисуют, лепят, а затем говорят о том, что нарисовано, сделано.

При подготовке необходимого для занятий материала ребенок должен сказать, что взял для рисования или лепки. Активным диалогом логопед может направить внимание детей на то, имеются ли все необходимые для занятий

материалы (кисточки, краски, вода, бумага и т. д.). Процесс рисования тоже комментируют, готовый рисунок еще раз описывают. Если ребенок справляется с заданиями, можно перейти к обсуждению рисунка. Такие занятия развивают самостоятельную речь ребенка.

Во время всех занятий и игр для самостоятельного построения фраз необходимо приучить детей грамматически правильно говорить; правильно употреблять фразы, местоимения, наречия (здесь, там, сегодня, завтра, вчера) и т. д., так как с этими частями речи дошкольник справляется плохо. Затем постепенно им предоставляется возможность самостоятельно построить фразу. Для этих упражнений, так же как и для предыдущих, необходимо иметь самые разнообразные игры, картинки, лото и другие пособия для ознакомления детей с формами, размером, счетом, цветом и т. п.

Эту методику можно распространить и на другие виды игр с использованием различных игрушек и наглядных пособий. Самостоятельное рассказывание по картинкам, описания предметов являются уже этапом, приближающим детей к спонтанной речи.

Пересказ прослушанного небольшого текста. На этом этапе работы логопед уже не пользуется картинками, подсказывающими детям содержание произносимой ими фразы или рассказа, а упражняет их внимание и память путем прослушивания, а затем пересказывания прочитанных небольших рассказов.

Умение рассказывать имеет большое значение в процессе общения, а для ребенка оно является еще и средством познания и проверкой способности самостоятельно передавать свои мысли. Здоровый ребенок свободно владеет языком при пересказе к 5-летнему возрасту.

Советский психолог Д. Т. Элькони пишет: «Изменение образа жизни ребенка, формирование новых отношений со взрослыми и новых видов деятельности приводит к дифференциации функций и форм речи. Возникают новые задачи общения, заключающиеся в передаче ребенком взрослому своих впечатлений, переживаний...»¹.

Но у большинства заикающихся детей, особенно в случаях запоздалого развития речи, полное овладение языком значительно задерживается, особенно у детей с неврозоподобным заиканием. На всех предыдущих занятиях по

¹ Элькони Д. Т. Детская психология. — М.: Учпедгиз, 1960, с. 195.

перевоспитанию речи опорой служил наглядный материал, это был подготовительный этап к развитию спонтанной речи. Пересказ, а затем рассказ являются для заикающегося ребенка особенно ответственным моментом для перехода к самостоятельной речи.

Для пересказывания логопед должен прежде всего очень тщательно подбирать материал, понятный детям по содержанию. Рассказы должны иметь четкую композицию и последовательность действий.

Выработка выразительности, правильной интонации, громкого голоса сначала проводится путем подражания речи логопеда, которую он эмоционально изменяет в зависимости от ситуации. Дети прекрасно подражают, и такая эмоциональность речи несколько не нарушает ее плавности. Полезно, чтобы в пересказе принимали участие несколько детей, каждому поручают какую-либо роль. Инсценировки являются более сложным видом занятий, но они очень помогают детям говорить во время действий и движений. Лучше всего начинать такие занятия, давая детям возможность действовать с игрушками. Для этого можно дать набор игрушек, надеваемых на пальцы (как в театре кукол). Начинать надо с самого легкого: дети вспоминают понравившийся рассказ, надевают на пальцы какую-нибудь игрушку (большей частью это знакомые им животные: котята, собачки, зайцы и др.) и рассказывают небольшую историю — про храброго котенка, пугливого зайца и т. д., одновременно действуя игрушкой. Это очень облегчает речь, и дети передают содержание эмоциональнее, чем без такой игры. Для таких занятий можно использовать самые различные игрушки, матрешки, машины. Дети могут построить улицу, расставив на ней дома, сделанные из различных кубиков, и рассказывать о движении на улицах, у светофора и т. п. Полезно также пересказывать своими словами знакомый стихотворный текст.

Спонтанная эмоциональная речь. Работа над такой речью является последней ступенью в перевоспитании речи заикающегося ребенка. Сложность построения спонтанной речи зависит не только от внешних условий, т. е. где и с кем ведется разговор, но и от речевых возможностей говорящего. Надо помнить, что в дошкольном возрасте происходит накопление словарного запаса, формирование фонетической и грамматической сторон речи. Кроме того, этот возраст является периодом наиболее сложного, ответственного процесса развития семантической стороны речи. Овладевая речью, ребенок начинает не только говорить, но и аб-

страктно мыслить. В этом возрасте у детей происходит бурный переход от ситуативной речи к контекстной.

Всех детей, овладевших свободной речью, назначают по очереди дежурными в своей группе, дежурными по столу, им дают всевозможные поручения: пойти позвать кого-нибудь из персонала, попросить что-либо принести, узнать, который час, рекомендуется разговор с посторонними, с гостями и т. п. Этим занятиям, построенным в различных играх (в магазин, в школу и др.), отводится большое место, они являются надежной проверкой устойчивости достигнутых результатов в перевоспитании речи. Детям же они придают уверенность и смелость для свободного речевого общения не только в своем детском коллективе, но и вне его.

Большой интерес у детей вызывают самостоятельные свободные творческие рассказы на заданное слово или тему без наглядного материала. Эти задания хорошо выполняют дети 6—7 лет. Надо следить, чтобы их маленький рассказ был связным, логичным, понятным и правильно отражал действительность. Для облегчения задачи детям дают знакомые слова, о значении которых им известно. Так, например, им предлагают построить небольшие рассказы на слова «одуванчик», «котенок», «лягушка» и т. п. Даже краткие рассказы детей порой заключают в себе очень точные наблюдения и логичное построение мысли.

Так, например, на слово «одуванчик» девочка построила такой рассказ: «Шла я раз весной по лужочку, увидела одуванчик. Он уже был не желтый, а белый. Я его сорвала, подула, и он весь разлетелся, как маленькие парашютики». Другой пример (на слово «лягушка»): «Шел я в лесу по дорожке, увидел лягушку. Когда она садится, у нее ноги как будто маленькие, когда прыгает, они становятся большие, наверное, вытягиваются, чтобы лучше прыгать». Вот такие небольшие спонтанные рассказы по ассоциациям побуждают детей и к дальнейшим рассказам, кто-то вспомнил, что у зайца тоже разные ноги и т. п.

Вопросы во время таких бесед задают сами дети, логопед только осторожно направляет их, следит за тем, чтобы речь не была торопливой и в нужный момент приходит на помощь. Когда дети уже овладели спонтанной речью, им можно дать возможность вести разговор друг с другом. Диалог хорошо организовать при помощи игры в телефон. В такой игре-беседе всегда есть элемент внезапности, и от ребенка требуется правильный ответ без предварительной подготовки. Такие диалоги как форма речевого общения

Очень важно
идея во всех
сказно, логично
бы вовремя
ли затруднения
картинкам. Эта по
что они сами начин
Работа по разви
речи ребенка нераз
ня. В логопедичес
р. бота по развитию
аровать и обобщ
мышления в самом
важно для детей с
искающего на фон
Советский учени
взя проблему сист
приятие, память,
чающуюся в том
друг с другом оп
за данной ступени
ря, можно утвер
ст. пени достиг ре
заводятся все ос
Таким образом,
деятельности пси
ния»².
Поэтому, при
в эти годы позна
занного с развит
ко используют р
телектуальную
и занятия подб
Так, например,
идеют такие за
кам, составлен
нем их в посл

1 Кольцов
сентя, 1973, с. 12
2 В. Готск
М.: Изд-во АПН

имеют чрезвычайно большое значение, так как способствуют развитию социальных отношений у детей¹.

Очень важным моментом нужно считать то, что дети, находясь на различных ступенях перевоспитания речи, участвуют во всех играх и занятиях. Однако, как уже было сказано, логопед должен внимательно следить за тем, чтобы вовремя прийти на помощь детям при возникновении затруднения в разговоре или при рассказывании по картинкам. Эта помощь в речи настолько понятна детям, что они сами начинают ее оказывать друг другу.

Работа по развитию речи и интеллекта. Формирование речи ребенка неразрывно связано с развитием его мышления. В логопедической работе важным моментом является работа по развитию внимания, памяти, умения дифференцировать и обобщать понятия, т. е. работа по развитию мышления в самом широком смысле слова. Это особенно важно для детей с неврозоподобной формой заикания, протекающего на фоне задержки психического развития.

Советский ученый, психолог Л. С. Выготский, раскрывая проблему системы психических функций ребенка (восприятие, память, внимание), выдвинул гипотезу, заключающуюся в том, «что вся система отношений функций друг с другом определяется в основном господствующей на данной ступени развития формой мышления. Иначе говоря, можно утверждать, что в зависимости от того, какой степени достиг ребенок в понимании значения своих слов, находятся все основные системы его психических функций. Таким образом, центральное значение для всей системы деятельности психических функций имеет развитие мышления»².

Поэтому, придавая большое значение формированию в эти годы познавательного процесса у ребенка, тесно связанного с развитием речи, в логопедической работе широко используют различные занятия, игры, обогащающие интеллектуальную и эмоциональную жизнь детей. Эти игры и занятия подбирают в зависимости от возраста ребенка. Так, например, для развития мышления большое значение имеют такие занятия, как рассказы по сюжетным картинкам, составление рассказа по серии картинок с разложением их в последовательном порядке. Такое задание дает

¹ Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. — М.: Советская Россия, 1973, с. 120.

² Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960, с. 300.

возможность выявить правильность рассуждения при переходе от одной картинке к другой. Можно также задавать детям составление рассказа по заданным двум, трем предметным картинкам. В этих случаях широко развивается творческое воображение ребенка. И таких заданий множество.

Очень важно для развития различных степеней обобщения во время игры, одевания, еды и т. п. называть детям предметы как конкретным по значению словом, так и обобщенным. Например: суп из овощей — каких? На Новый год детям подарили игрушки — какие?

В этом возрасте абстрактные понятия строятся на основе конкретных представлений.

Такая работа обогащает словарный запас ребенка, совершенствует построение фразы. От приобретенных знаний зависит и мышление ребенка.

Важным моментом в логопедической работе является развитие памяти и внимания. Память в раннем детском возрасте — одна из центральных психических функций и ее нельзя рассматривать независимо от общего развития, и чем старше ребенок, тем большую роль приобретает мышление в процессе запоминания. У детей дошкольного возраста плохо развито умение управлять памятью, это проявляется неумением соединять заучивание материала с его пониманием. Дети часто стремятся к дословной передаче материала, преимущественно к механическому его воспроизведению, необходимо избегать этого. Вначале, когда речь детей еще очень затруднена, при помощи отдельных вопросов выявляют понимание содержания прочитанных стихов, рассказов, а в дальнейшем детей приучают к передаче их своими словами. То, что детям понятно, запоминается ими легче, чем то, что заучено механически, без достаточного понимания.

Параллельно с работой над памятью ведется работа по развитию внимания и наблюдательности, часто отсутствующих у заикающихся детей дошкольного возраста. Здесь также логопед прибегает к игровой форме, как наиболее доступной и интересной для детей.

Одной из форм таких занятий является чтение стихов цепочкой (по строчкам), рассказывание по картинкам различных сказок последовательно, не разрывая текста, по розданным предварительно разрозненным картинкам, — все это требует от детей большого внимания, чтобы вовремя вступить и продолжить рассказ по имеющейся картинке.

Логопедическая работа и творчество детей

Существенными моментами в логопедической работе с заикающимися детьми, оказывающими значительное влияние на перевоспитание речи и всей личности ребенка, являются изобразительная деятельность детей и ручной труд. У многих детей с тяжелой степенью заикания, с запоздалой речью отмечается плохая моторика, большая неловкость при пользовании карандашом, кубиками, конструктором, часто полное неумение не только рисовать, но и держать в руках карандаш. Работа над развитием моторики в ручном труде и в изобразительной деятельности детей, включенная в методику перевоспитания речи заикающихся детей, является одновременно и терапией заикания. Эта работа очень важна для детей с неврозоподобной формой заикания.

Задания (игры с конструктором, кубиками, рисование, лепка, вырезание и др.) начинают с простейших приемов, постепенно усложняются все новыми элементами, связанными с самым легким видом речи вначале — сопряженной речью — до свободной спонтанной речи.

Динамика развития личности заикающегося ребенка раскрывается в его рисунках, лепке, в работе с конструктором, мозаикой.

Большое значение для работы по перевоспитанию речи и ее развитию имеют рассказы и беседы (по вопросам) о нарисованном, построенном, вырезанном. Этот раздел работы развивает наблюдательность детей и соответственно дает темы для спонтанной речи, обогащая запас знаний и представлений ребенка.

На последних этапах логопедической работы разнообразие творческих заданий и способов их выполнения, а также речевые задания диктуются преимущественно спонтанной, ничем не ограниченной инициативой и творческим воображением каждого ребенка. Этому завершающему этапу придается большое воспитательное значение как для максимального развития речи, творческих и эстетических способностей, так и для социальной направленности.

Работа по исправлению звукопроизношения

У большинства детей дошкольного возраста, помимо заикания, наблюдается несформированность фонетической стороны речи (различные формы косноязычия). Поэтому

наряду с фронтальными занятиями по перевоспитанию заикающейся речи проводятся и индивидуальные занятия по исправлению косноязычия, по развитию артикуляционной моторики, а также проводятся занятия над фонетической и лексикограмматической сторонами речи.

Логопедическая ритмика

Логопедическая ритмика является одним из средств оздоровления речи заикающегося ребенка. Для выполнения этих задач используется организующее начало музыкального ритма и его эмоциональное влияние на поведение ребенка.

Практический материал представляет собой цель разнообразных заданий, органически связанных с музыкой и расположенных по определенной схеме урока, предусматривающей правильное чередование физической и психической нагрузки.

Специфической особенностью логопедической ритмики является введение словесных заданий в двигательные упражнения. Эти двигательные и словесные задания расположены по описанным ниже разделам.

Вводные упражнения. Данные упражнения проводятся с целью привить детям первоначальные навыки умения ходить в различных направлениях, приучают ориентироваться в пространстве и коллективе.

Для того чтобы эти упражнения были для детей занимательными и интересными, им следует придавать характер игры.

Например, чтобы дать детям понятие о разных видах группировок, можно построение колонной назвать поездом; построение шеренгой — забором; установку по кругу — обручем и т. д.

Музыкальное сопровождение регулирует темп и характер движений, то медленных, то быстрых, то плавных, то отрывистых.

С самого начала музыка должна направлять поведение ребенка, сдерживать излишнюю возбудимость у одних и активизировать пассивность и инертность других. Ребенок должен сам чувствовать руководящую роль музыки.

Упражнения, регулирующие мышечный тонус. Правильное физическое воспитание особенно важно для заикающихся детей, так как у них, как было сказано выше, часто наблюдается тенденция к повышенному мышечному напря-

жению и сопутствующим движениям. Излишнее мышечное напряжение является серьезным препятствием для успешного исправления речи.

Упражнения, регулирующие мышечный тонус, могут проводить и не владеющие музыкальным инструментом лопеды. Эти упражнения могут быть включены в обычное спокойное занятие, и их можно проводить в виде зарядки или физкультминутки.

Полезны любые упражнения, снимающие напряжение (встряхивание кистями рук, качание рук назад и вперед, поочередное раскачивание ног и т. п.). Регулятором движений в коллективе может служить не музыка, а ритмизованная речь, например: «Руки в стороны — в кулачок; разжимай — и на бочок», или «Сначала буду маленький и к полу я прижмусь; потом я вырасту большой — до лампы дотянусь» (приседание и выпрямление) или «Быстро вертится крыло, мелет мельница зерно, и из смолотой муки испекут нам пироги» (круги руками).

Упражнения, активизирующие внимание. Здесь речь идет о быстрых и точных реакциях на зрительные и слуховые раздражители, о развитии внутреннего торможения и о ряде других качеств ребенка, требующих гибкости процессов центральной нервной системы и их усовершенствования. В дошкольном возрасте такие задания следует проводить в форме игры, чтобы не создавать у детей излишнего умственного напряжения.

В качестве примера упражнения такого типа можно привести следующее задание: дети заранее осведомлены о характере музыки для прыжков зайчиков, полета птичек, галопа лошади. Звучание разнохарактерной музыки должно вызвать у них ту или иную двигательную реакцию. Этим достигается быстрое переключение от одного движения на другое, внимательное отношение к музыке.

Можно также использовать задания на запоминание (движений или пути); на координацию движений (одновременное выполнение противоположных движений рук и ног); на торможение (внезапная остановка при ходьбе или беге); на элементарное ознакомление со счетом (самостоятельное образование кругов по 2, 3, 4 человека).

Упражнения, воспитывающие чувство ритма. Задания этого раздела заостряют внимание ребенка на эмоциональном содержании музыки, на ее форме и фразировке. Содержание музыки, оттенки, темп и другие средства музыкальной речи могут быть использованы для упорядочения характера и темпа движений. Такая регулировка темпа

движений особенно нужна детям, страдающим темповыми расстройствами речи, часто коррелирующими с беспорядочным характером движений.

Упражнения, воспитывающие чувство ритма, можно выполнять только в сопровождении музыки или пения. Воспитание чувства музыкального ритма имеет большое дисциплинирующее значение и помогает объединить коллектив.

Речевые задания. Речевые упражнения представляют собой цепь заданий на координацию слова с движением и музыкой. Здесь используется общность выразительных средств музыки и разговорной речи. Применяются также двигательные упражнения без музыкального сопровождения, связанные с словесным стихотворным ритмом.

Например, в задании, когда движение флажками регулируется словами: «Правой вверх, левой вверх, в сторону, накрест, в сторону, вниз», или когда броски мяча соответствуют словам: «Мячик мой, лети высоко, мячик мой, лети далеко; по полу беги скорей, скок об пол смелей, смелей».

Такие задания на координацию слова с движением не исчерпывают всего разнообразия применения речи в логопедической ритмике.

Очень важно увязывать все речевые задания на музыкальных занятиях со ступенями речи, используемые логопедами при перевоспитании речи.

Речевые задания постепенно усложняются в определенном порядке, начиная с речи отраженной, переходя к вопросам и ответам, и т. д. до спонтанной эмоциональной речи.

Так, например, используется материал ритмических заданий под музыку «Где твой дом?» — Вопрос: «Чей дом у окна?». Ответ: «Мой дом у окна». Вопрос: «Чей дом у стола?» Ответ: «Мой дом у стола».

Вопросы усложняются в процессе постепенного улучшения речи на логопедических занятиях. Ребенку, овладевшему здоровой речью, поручают самостоятельно руководить игрой, разговаривать с детьми и т. п. На всех занятиях по логоритмике присутствует логопед, наблюдая за поведением и речью детей в обстановке, отличающейся от групповых занятий.

Заключительные упражнения. Эти задания ставят своей целью привести ребенка в спокойное состояние после некоторого физического и психического напряжения предыдущих заданий.

Можно проводить спокойную фигурную маршировку в разных направлениях, предоставляя роль вожака то одному, то другому ребенку. Можно давать детям «слушать музыку», выбирая музыкальные отрывки, доступные пониманию ребенка, вызывающие в его сознании определенные образы и представления.

Музыке во всех логоритмических занятиях отводится большое место; логоритмисту необходимо использовать высокохудожественные музыкальные отрывки. Содержание музыкального произведения дети должны легко воспринимать.

«Мы обязаны привить нашим детям, — пишет В. А. Гринер, — с раннего возраста любовь к народным мотивам, к образцам классического наследия. Как бы ни были юны наши слушатели, совершенно необходимо научить их слушать и ощущать музыку в целом»¹.

Проведенные за последние 5 лет исследования состояния произвольной двигательной деятельности заикающихся детей дошкольного возраста показали необходимость дифференцированных приемов логоритмической работы (данные младшего научного сотрудника Лаборатории патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии МЗ СССР Н. А. Рычковой).

Результаты динамического наблюдения показали, что у страдающих невротическим заиканием двигательные расстройства функциональны.

Характер сдвигов в моторной деятельности у детей с неврозоподобным заиканием дает возможность предположить у них определенную слабость моторных структур мозга. Это позволило сделать вывод о том, что качество и степень нарушений произвольной двигательной деятельности заикающихся детей дошкольного возраста определенным образом коррелирует с клинической формой заикания.

При невротическом заикании наряду с учетом положительного влияния музыки на психическое состояние с применением коррекционных упражнений необходимо воспитывать точность, четкость движений, умение переключать активное внимание на качество необходимых в данный момент действий. Особое место отводится упражнениям на снятие мышечного напряжения.

¹ Гринер В. А. Логopedическая ритмика. — М.: Учпедгиз, 1958, с. 14.

При неврозоподобном заикании ведется непосредственная работа над координацией, переключаемостью движений и их ритмичностью. Дают больше индивидуальных заданий, широко используют повторное объяснение движений.

Особое место в занятиях по логопедической ритмике занимает пение.

Пение способствует регуляции дыхания, выработке плавной, полнзвучной речи. В большинстве случаев оно помогает достичь желаемых результатов даже при тяжелых формах заикания. Пение делает ненужными специальные дыхательные упражнения, часто только фиксирующие внимание ребенка на неправильности его дыхания.

В выборе песен следует учитывать ряд обстоятельств: — содержание и текст песни: чем разнообразнее будут песни по своему содержанию, тем богаче будет запас музыкальных восприятий ребенка;

— длительность фраз: для детей, страдающих расстройством дыхания, следует вначале выбирать песни, имеющие короткие предложения, а позднее — более длинные;

— темп и динамика: необходимо менять темп, не избегая быстрого, чередовать песни с тихим и громким звучанием; обращать особое внимание на плавность пения, на своеобразие ритмического рисунка.

Все разделы работы по логопедической ритмике взаимосвязаны.

Задания по коррекции речи, проводимые в коллективе, сопровождаемые хорошо подобранными музыкальными отрывками, являются значительным вкладом в общую систему перевоспитания личности и речи заикающегося ребенка и удовлетворяют требованиям как физического, интеллектуального, морального, так и эстетического воспитания ребенка.

Длительность фронтальных занятий с детьми 4 лет не должна превышать 30 мин, с детьми более старшего возраста занятия продолжаются 45 мин. Рекомендуются чаще использовать физкультминутки и вводить игровые моменты.

Психотерапевтические и воспитательные моменты в логопедической работе

В. А. Гиляровский дает следующее определение психотерапии: «Психотерапия — это система психических воздействий, имеющая целью использовать принцип единства со-

матического и психического, принцип единства организма и внешней среды для получения благоприятных сдвигов в нервном и общем состоянии больного»¹.

При психотерапии у детей необходимо учитывать их возрастные особенности. У ребенка дошкольного возраста отмечается незрелость мышления, слабость волевых процессов, ситуационный характер поведения, отсутствие или очень слабая личностная переработка конфликтных переживаний. При работе с детьми дошкольного возраста психотерапия тесно смыкается с лечебной педагогикой, существенная роль при этом отводится моментам воспитания. Прежде всего это умелое руководство детским коллективом, большой педагогический такт, умение найти правильный подход к каждому ребенку, учитывая его индивидуальные особенности.

Основываясь на том, что личность нельзя рассматривать изолированно от окружающей среды и вне коллектива, все логопедические занятия с заикающимися детьми проводят в коллективе.

Правильно организованный детский коллектив, в котором все подчинено общей цели, — оздоровлению речи и личности заикающегося ребенка, является тем благоприятным фоном, на котором логопеду легче воздействовать на ребенка, чем при индивидуальных занятиях и беседах. Умелое разрешение всех маленьких сложностей, часто возникающих в играх детей, в их взаимоотношениях, имеет большое психотерапевтическое значение. Дети очень чутки ко всякому проявлению внимания, интереса к их жизни и играм, это следует особенно учитывать при занятиях и беседах с детьми.

Умелое психотерапевтическое воздействие логопеда и воспитателя здесь очень велико. Надо завоевать любовь и уважение детей и тогда многого можно добиться в перевоспитании личности ребенка. В случаях неправильного воспитания личности ребенка, нехорошего поступка, разъяснения педагога или врача, убедительные для старших больных — школьников или взрослых, маленьким детям не всегда бывают понятны. Здесь надо учитывать, что ребенок с его внушаемостью и склонностью к конкретному мышлению способен скорее поддаться психотерапии не тогда, когда его стремятся убедить путем рассуждений, а когда ста-

¹ Гиляровский В. А. Психотерапия на коллективах невротиков. — Московск. мед. ж., 1926, № 7, с. 55—62.

раются заинтересовать каким-нибудь понятным интересным примером. Известно, что часто только рассказы о смелых, о храбрых и честных поступках людей достигали очень многого в улучшении поведения ребенка, а это в свою очередь значительно помогало в перевоспитании его речи, часто заикание уменьшалось с улучшением поведения ребенка.

Одним из существенных психотерапевтических методов в логопедической работе с маленькими детьми является правильное отношение детей к их речевому дефекту. Чаще всего дома родные, тревожась, чтобы внимание ребенка не привлекло слово «заикание», избегают фиксировать внимание на его заикании, некоторые даже избегают обращаться по этому вопросу к врачу. В детском саду, во дворе другая крайность, там часто заикание становится предметом обсуждений и насмешек.

В логопедическом коллективе ребенку сразу дают целенаправленную установку на преодоление заикания. В первой же беседе мобилизуют активное внимание ребенка к правильной спокойной речи.

Интерес к речевым занятиям возникает у детей в первый же день их прихода в коллектив и не ослабевает до конца. Желание хорошо говорить у детей огромно и оно очень помогает выработать у них внимание и усидчивость, столь необходимые в речевых занятиях.

Кроме того, в коллективе у детей постепенно вырабатывается чувство товарищества, смелость, уверенность.

Очень важным моментом нужно считать то, что дети, находясь на различных ступенях перевоспитания речи, участвуют во всех играх и занятиях и возможность хорошо сказать — без заикания всегда очень благотворно отражается на настроении и на поведении ребенка.

Поскольку заикание детей часто находится в прямой зависимости от нервности родителей и их неправильного отношения к ребенку, постольку психотерапевтические беседы нужно начинать с теми, кто окружает ребенка, чтобы создать около него нетравмирующую обстановку. Рекомендуются налаживание тесного контакта с родителями, чтобы требования логопедов и родственников были согласованными, что значительно облегчит работу по преодолению заикания.

Таким образом, психотерапия с заикающимися детьми дошкольного возраста — это целая система воспитательных моментов, направленных на оздоровление личности заикающегося ребенка.

Работа с родителями

Одним из существенных разделов работы над перевоспитанием речи и личности заикающегося ребенка является тесное общение логопеда и врача с родителями и членами семьи, в которой живет ребенок, посещающий логопедическое учреждение.

Условия, в которых растет ребенок, его окружение, воспитание — все это накладывает отпечаток на его характер, поведение и речевое развитие. Известный русский педагог К. Д. Ушинский считал, что успех воспитания зависит главным образом от личности воспитателя, будь то родители или лица, их заменяющие.

Личный пример воспитателя играет огромную роль в формировании характера и поведения ребенка. Это влияние нельзя заменить ни учебниками, ни системой наказаний или поощрений.

Надо помнить, что детям свойственна подражательность, они любят следовать поступкам взрослых и часто воспроизводят поведение тех людей, среди которых находятся. Поэтому исключительно важно с самого раннего детства личным примером приучать детей к правильному поведению, а также к правильной речи.

Среди факторов, влияющих на развитие заикания в раннем детском возрасте, немалое место занимают неправильные приемы воспитания. Например, чтобы устранить начавшееся заикание, родители часто прибегают к задариванию ребенка, требуя правильного произношения, или наоборот, упрекают его за заикание, считая это шалостью. Такие приемы лишь вредят речи ребенка, он становится раздражительным, капризным, иногда совсем прекращает говорить.

Частыми причинами продолжающегося заикания у детей в домашней обстановке является неумение родителей оценить свое поведение с точки зрения его отрицательного влияния на ребенка. Это конфликты между взрослыми, уход одного из родителей из семьи, несогласованность взрослых в вопросе воспитания и т. п.

Воспитание детей требует от родителей постоянной работы над собой, а при воспитании ребенка, страдающего заиканием, необходима еще большая выдержка, терпение и умелый подход.

Советский педагог А. С. Макаренко говорил: «Действительный авторитет основывается на вашей гражданской деятельности, на вашем гражданском чувстве, на вашем

знании жизни ребенка, на вашей помощи ему и на вашей ответственности за его воспитание»¹.

Справедливость этих слов несомненна. Заикающийся ребенок вскоре после первых посещений логопедических занятий в детском саду начинает говорить спокойно, не заикаясь, дома же он продолжает заикаться. После обследования бытовых условий ребенка и беседы с родителями часто выясняется, что обстановка, в которой растет ребенок, крайне неблагоприятна: не соблюдается режим дня, родители ведут себя неровно, то потакают всем капризам ребенка, то не обращают внимания на его обоснованные просьбы. Когда у ребенка есть сестры и братья, важно не возбуждать в детях розни. Конфликты с сестрами и братьями тяжело отражаются на речи ребенка, усиливая начавшееся заикание.

Исключительно благотворно действует на сознание и поведение ребенка похвала, особенно если ребенок старался и хорошо выполнил какое-либо задание.

Чтобы лучше узнать условия, в которых живут дети, посещающие логопедические группы, необходимо установить тесный контакт с родителями в виде ежедневных бесед при приходе детей в группу. Если родители сами не могут приводить ребенка, этот контакт устанавливают путем посещения врачом или логопедом ребенка на дому.

Клинические примеры заикания

В качестве примера заикания у детей дошкольного возраста приводим историю болезни заикающегося ребенка, страдавшего невротическим заиканием, и выписку из истории болезни другого ребенка, страдавшего неврозоподобным заиканием. Лечение проводила и предоставила материалы заведующая дневным логопедическим стационаром специализированной Детской психиатрической больницы № 6 А. А. Мокровская.

Лена С., 15.05.1971 г. рождения.

Поступила на лечение в дневной логопедический полустационар 27.02.1976 г. в возрасте 4 г 9 мес по направлению Городского психоневрологического диспансера с диагнозом: невротические реакции, сложная дислалия, заикание.

Жалобы (со слов матери) при поступлении: тяжелое заикание, трудности привыкания к детскому коллективу, робость, застенчивость, обидчивость, иногда в условиях домашней обстановки повышенная раздражительность, чаще при утомлении из-за нарушения режима.

¹ Макаренко А. С. Педагогическая поэма. — М.: 1947, с. 166.

Семейный анамнез. Мать 27 лет, соматически здорова, имеет среднее специальное медицинское образование. По характеру общительная, жизнерадостная, подвижная, энергичная, с быстрым темпом речи. К ребенку относится разумно: в меру требовательна и ласкова, много внимания уделяет общему развитию ребенка.

Отец 34 лет, соматически здоров, имеет высшее техническое образование. По характеру спокойный, ровный, несколько заикается с детства, трудно сходится с новыми людьми, в настоящее время заикание выражено при эмоциональном напряжении, алкоголь не употребляет. К дочери привязан, уделяет ей много внимания, играет с ней, гуляет, читает. Отношения в семье ровные, дружелюбные.

Бабушка по линии матери 62 лет, образование начальное, пенсионерка, в прошлом рабочая. Общительная, добрая, спокойная. Живет вместе с семьей нашей пациентки, заботится о ней. У других родственников никаких особенностей характера и поведения не отмечается. Отягощенности психическими заболеваниями не отмечается.

Личный анамнез. Пациентка от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в первой половине. Вторая половина беременности — физиологическая, эмоциональный фон — положительный. Роды срочные самостоятельные, без патологии. Ребенок закричал после пошлепывания. При рождении масса тела 3300 г, длина — 50 см. К груди приложена на 2-й день. Сосала активно. Период новорожденности был физиологическим. Массу прибавляла нормально. Раннее физическое развитие своевременное: голову держит с 2 мес, сидит с 6 мес, ходит с 8 мес. Весь грудной период была очень спокойной, спала по режиму, активно, но спокойно бодрствовала. С 3 мес тянулась к ярким игрушкам, реагировала на резкие звуки, пугалась, плакала, улыбалась на ласковый голос. В 4—5 мес активно гулила, лепетала. Навыки опрятности выработаны к году.

Перенесенные заболевания: до года не болела. Сразу после года перенесла ветряную оспу в легкой форме, были редкие простудные заболевания. Росла спокойным, ласковым ребенком, очень привязанным к семье.

Предпочитала тихие игры в куклы, раскрашивание картинок, любила слушать чтение книг. При установлении новых контактов с детьми и взрослыми всегда была робкой, застенчивой, неуверенной. В домашней обстановке временами капризничала, обижалась, плакала, не могла быстро успокоиться.

Речевое развитие: первые фонемы до 1 года и до 1½ лет слов не было, после 1½ лет появились отдельные слова, к 2 годам — короткая фразовая речь с выраженным косноязычием.

Заикание началось в 3 года после испуга во время летнего отдыха. Испугалась неожиданно упавшей кастрюли с кипящей водой. «Долго плакала, кричала, дрожала всем телом, никак нельзя было успокоить». На следующий день чувствовала себя как обычно, спокойно играла.

Спустя несколько дней поведение изменилось: стала плаксивой, повышенно обидчивой, нарушился сон, стал беспокойнее, много ворочалась, бормотала. Сразу после возвращения в Москву родители заметили, что ребенок тянет гласные перед вступлением в речь, но серьезного внимания на это не обратили. В сентябре ребенок заболел тяжелым гриппом с высокой температурой около 2½—3 сут в пределах 40°C и выраженной общей вялостью, «лежала пластом». После гриппа резко ухудшилась речь. Заикание стало тяжелым. Подолгу стала тянуть гласные в начале слова, а также повторяла слоги в середине слова.

По направлению психоневролога района ребенка приняли в логопедическую группу слухо-речевых яслей № 498. К пятидневному режи-

му яслей привыкнуть не смогла. 6 мес не занималась с логопедом, только присутствовала в группе, но в речевые контакты не вступала. В субботу и воскресенье в условиях дома говорила с очень тяжелым заиканием, стала возбудимее, раздражительнее, плаксивее, тревожно спала. Каждый понедельник ее силой отрывали от родителей, подолгу кричала, плакала, а успокоившись ни с кем не разговаривала. Только в последние 2 нед пребывания в яслях начала играть с детьми и односложно отвечать на вопросы логопеда. Выписана 29.01.1976 г. с резким утяжелением заикания. После выписки лечилась у районного психоневролога и находилась дома под наблюдением бабушки. Улучшений речи не было. Через 6 мес была отдана в массовый детский сад. Там стала еще более робкой и неуверенной в общении со сверстниками. Постоянно проявляя интерес к детям, практически всегда оставалась в позе наблюдателя, активного участия в играх не принимала, речевые контакты были минимальными, ограничивались односложными фразами: «да» и «нет».

В таком состоянии 27.02.1976 г. поступила в дневной логопедический полустационар по направлению логопедического кабинета городского диспансера.

Психическое состояние при поступлении: правильно ориентирована в окружающем. Эмоциональные реакции ребенка адекватны ситуации. На первичном приеме застенчива, робка, с потупленным взором, но с адекватной улыбкой в ответ на вопросы. Ответы односложные, но правильные. Чаще слова заменяет жестами: пожиманием плечами, кивком головы.

Внешний вид опрятный; движения достаточно пластичны, походка правильная.

С родителями рассталась спокойно, но в группу не пошла: осталась рядом с медицинской сестрой фильтра, держится за руку или льнет к ней, ласково, ненавязчиво.

На вопрос: «Пойдешь ли к детям?» — отвечает тихим голосом, почти шепотом: «Нет, не хочу», — с тяжелым заиканием и вялой артикуляцией; зубы и губы почти сомкнуты. К моменту начала логопедических занятий в группу вошла вместе с медицинской сестрой и охотно подошла к логопеду, также взяла его за руку и смущенно улыбнулась. На занятиях весь период была рядом с логопедом, инициативы не проявляла, на обращенные вопросы отвечала только кивком головы, не проявляла эмоциональной заинтересованности к происходящему и только на музыкальной ритмике несколько оживилась, а после занятий сказала: «Здесь хорошо».

В индивидуальной беседе с врачом держится более раскованно, но все-таки вначале довольно застенчива, робка, с интересом рассматривает предлагаемые картинки, цветные кубики, но отвечает на все вопросы смущаясь, пожимая плечами или кивая головой. Словарный запас небольшой. Объем знаний, сведений и представлений достаточный, но умение дифференцировать, обобщать категории понятий недостаточное. Прочитанное осмысливает хорошо, правильно отвечает на вопросы по содержанию. Знает свой адрес, имена родителей, знакомых, рассказывает о доме, о бабушке, о любимых игрушках. Знает цвета, считает до 10 с небольшими ошибками после 7, обратного счета нет. Арифметические манипуляции — в пределах 5 с увеличением на 1 на конкретном материале и абстрактно, знает некоторые буквы, складывает в простые слоги. Беседой заинтересовалась, стала эмоциональнее, оживилась мимика, постепенно уменьшились робость и неуверенность. После проведенной первой беседы появилось чувство доброжелательности,

ласкового отношения и к врачу. Стала по утрам вначале заглядывать, а затем входить в кабинет и здороваться.

В групповых логопедических занятиях дисциплинированная, усидчивая, но безынициативная, малоэмоциональная. На вопросы отвечает только при непосредственном обращении к ней, но правильно и точно.

Охотнее с первых дней шла на индивидуальные занятия и хорошо справлялась с работой по постановке звуков, была старательной, прилежной, исполнительской.

С детьми практически не общалась, только наблюдала за играми, иногда с выраженной заинтересованностью. Оказывалась на подчиненных ролях в игре, тут же уходила, как только требовалась речевая активность.

Речь тихая, монотонная, с вялой артикуляцией, с почти сомкнутыми губами. Заикание даже при отраженной форме речи тяжелое, тоноклоническое с сопутствующими тикоподобными движениями век и наклонами головы в такт речи. Косноязычие сложное.

В отделении чаще молчит, даже при общении с любимой медицинской сестрой фильтра, всегда ласковая, доброжелательная, но неназойливая. Может быть рядом, долго наблюдать за работой с другими детьми, при этом чувствует себя без напряжения, спокойно.

На занятиях музыкальной ритмикой девочка, как правило, более оживленная и держится увереннее. Все задания логоритмиста выполняет хорошо; пластично и ритмично двигается под музыку, отмечается хорошая переключаемость выполняемых движений в зависимости от характера музыки; правильно, в ритм с музыкой выполняет словесные задания.

Соматоневрологический статус при поступлении: ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания; по внутренним органам — без отклонений от возрастной нормы. Диспепсических и дизурических расстройств нет.

Череп 51 см в окружности, лицевая иннервация симметричная. Зрачки в норме, фотореакция живая. Содружественные движения глазных яблок не изменены.

Сухожильные рефлексы живые, равномерные, патологических рефлексов нет. В позе Ромберга — устойчивость.

Достаточно адаптировалась к концу мая. Свободно начала общаться не только с детьми своей группы, но и со всеми находящимися в отделении детьми и взрослыми. В играх оставалась на подчиненных ролях, но стала значительно активнее, временами даже чрезмерно возбуждаемой и подвижной. Замечаниями корректировалась сразу. В речи оставалось тяжелое заикание при ответах на вопросы, в свободном общении, в то время как на занятиях при ответах заикания не было. Голос стал более громким, речь эмоциональнее, артикуляция более выраженной, четкой. В таком состоянии была выписана на лето на 2 мес. В летние месяцы речь была с заиканием в зависимости от сложности ситуации; с незнакомыми людьми и при эмоциональной нагрузке говорила хуже.

Повторно поступила 01.09.1976 г.

В группу пошла сразу, с большим желанием, активно включилась в логопедическую работу, как фронтальную, так и индивидуальную. Уже в конце ноября одна из первых на занятиях поднимала руку, всегда правильно отвечала на вопросы, эмоционально, громко рассказывала стихи, с большим желанием участвовала в праздничном утреннике, танцевала.

В декабре после длительного заболевания ОРЗ (болела нетяжело) речь ухудшилась до выраженного заикания при отраженной форме. Речь

Чувствительная активность ребенка вновь уменьшилась и черты робости и неуверенности в поведении снова отчетливо определились. Но индивидуальные занятия по-прежнему нравились, проявляла прилежание, следила за правильным произношением уже поставленных звуков. С начала января наступило выраженное улучшение общего и речевого состояния, были легко преодолеваемые запинки в спонтанной речи в особо трудных ситуациях новизны и эмоциональном напряжении.

Вновь стала активной на занятиях и в общении с детьми.

11.02.1977 г. выписана в массовый детский сад, полностью подготовленной по его программе. В саду адаптировалась практически сразу; с удовольствием начала занятия в группе фигурного катания, где у нее отмечаются значительные успехи до настоящего времени. С детьми и взрослыми, знакомыми она держится свободно, в любой новой для нее ситуации вначале робует, смущается, молчит.

В домашней обстановке всегда активная, достаточно подвижная, веселая, по-прежнему любит игры в куклы; с удовольствием обучается чтению, но временами упрямится, отказывается читать, так как доставляет трудность ортопедическая стоматологическая пластинка для исправления нижнего ряда зубов. С октября (момента установки пластинки) временами ухудшается речь: появляются легкие запинки в спонтанной речи, легко преодолеваемые самостоятельно. Все звуки в речи произносит правильно. Продолжает посещать массовый детский сад.

Разбор. В настоящее время психический статус ребенка определяется легко выраженными невротическими реакциями на ситуацию новизны с преобладанием черт тормозимости. Ведущим в клинической картине являлось тяжелое клонотоническое заикание и невротические реакции, связанные с состоянием дезадаптации в детском коллективе с тонким реагированием личности на речевой дефект.

Манифестации заикания предшествовала острая реакция испуга с постепенным развитием общих симптомов нервозности и с отстающим во времени появлением заикания.

Значительное ухудшение в речи имело место после перенесенного соматического заболевания вскоре после начала заикания. По выражению ленинградских психиатров В. И. Гарбузова, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева, «инфекция включила подготовленный механизм заболевания»¹. Заикание резко утяжелилось сразу после определения ребенка в речевые пятидневные ясли, там наблюдалось в течение 6 мес состояние элективного мутизма, усиление замкнутости, а в домашних условиях в это время — усиление симптомов общей нервозности (капризность, обидчивость, упрямство, нарушение сна).

¹ Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: 1977.

По мнению тех же авторов, «даже ситуация соблюдения всех условий для успешной адаптации ребенка в детсаду, особенно при наличии у ребенка характерологического радикала» (ребенка домашнего, робкого, стеснительного, трудно общающегося со сверстниками, т. е. преморбидных особенностей нашей пациентки). В рассмотренном насильственным еженедельным отрывом от родителей. «Госпитализация, — как пишут эти авторы, — одно из самых сильных психических потрясений раннего детского возраста, особенно для детей инфантильных, единственных, боязливых и невропатичных, ровно как и для детей, страдающих неврозом»¹. Это высказывание подтверждает мнение В. А. Гиляровского о необходимости создания дневного стационара для таких детей.

На протяжении всего периода течения заболевания в данном случае прослеживается тесная спаянность тяжести речевого состояния с тяжестью невротических реакций, возникавших в период адаптации, в любых ситуациях новизны.

Речевой дефект ребенка, заикание, был наиболее тяжелым к 4 годам. «К 4—5 годам складывается истинная самооценка, как ведущая установка личности и истинное столь же глубинное и непроходящее ощущение неполноценности»². Этот возрастной период от 4 до 7 лет В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев называют «периодом застенчивости». Личность наблюдаемого нами ребенка и преморбидно отличалась этими чертами. «Потребности ребенка в этом возрасте обширны, одна из них — потребность в общении со сверстниками, ролевое взаимодействие с ними — школа адекватного поведения, школа адекватной адаптации»³.

В условиях речевых яслей, где наиболее ярко были выражены реакции дезадаптации, ребенок дал явления речевого регресса в виде отказа от речевого общения и замены речи языком жестов и мимики. Общее состояние выражалось чертами тормозимости, робости, замкнутости в условиях детского коллектива.

¹ Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: 1977.

² Там же.

³ Там же.

Начало занятий в дневном логопедическом стационаре выявило активность ребенка и возможность постепенного включения в занятия.

Несмотря на большие терапевтические успехи и значительное перевоспитание всей личности ребенка (развитие активности, контактности, широкого круга интересов и т. п.), в психическом состоянии отмечаются черты нервности в виде готовности к проявлению невротических реакций и, в частности, появлению легкого заикания в трудных ситуациях.

Невротические реакции проявляются в виде пассивно-оборонительных форм реагирования, выражаются в острой ориентировочной реакции ситуации новизны. Эти реакции, как правило, кратковременны и полностью обратимы. Короткий период замкнутости сменяется периодом активного присматривания к переменявшейся обстановке, и вскоре ребенок восстанавливает обычный характер своего поведения.

Существенно отметить, что в эти периоды имеют место непродолжительное возникновение запинок в речи.

Учитывая все изложенное выше, диагностически речевое состояние можно расценить как невротическое заикание у личности, склонной к невротическим реакциям. Анализ клинической картины с учетом имеющейся наследственной отягощенности речевой патологией позволяет думать, что в данном случае заикание может быть расценено как сквозной генетически обусловленный невротический симптом, как это имеет место в клинике общих неврозов.

Заключительный диагноз. Невротическое заикание клонотонической формы, тяжелой степени, сложная дислalia, невротические реакции у личности с выраженными чертами тормозимости из наследственно отягощенной заиканием семьи.

Лечение. В комплексном медико-логопедическом принципе лечения в данном случае существенную роль сыграли коррекционные педагогические мероприятия.

Самая большая трудность заключалась в преодолении стойко зафиксированных болезненных реакций на привыкание к детскому коллективу: замкнутости, робости, застенчивости, отказу от речевых контактов.

Тактичное, мягкое отношение к ребенку, создание атмосферы доброжелательности, поощрение даже самых незначительных успехов, первоначальных намеков на установление контактов с детьми и взрослыми способствовало менее болезненному, чем раньше, вхождению в детский кол-

лектив. В периоде пассивного пребывания, в периоде при-
сматривания к окружающему и окружающим никто из пе-
дагогического и медицинского персонала не предъявлял
императивных требований к выполнению режима занятий
и игр. И только, когда у ребенка появилась собственная
эмоциональная заинтересованность к установлению игро-
вых и речевых контактов, логопед начал давать поручения
задания на групповых занятиях; часто обращался к девоч-
ке с вопросами, а успехи постоянно поощрял, привлекая
к оценке ее участия в занятиях всех детей группы, особен-
но лидеров. Подобная же тактика отношения к ребенку
начала проводиться и в домашних условиях.

Через 2 мес были установлены правильные контакты с
детьми своей группы и появилась речевая активность. Свое-
временно было обращено внимание родителей на музы-
кально-ритмические способности ребенка. Их начали раз-
вивать в школе фигурного катания, где привыкание к груп-
пе уже не вызвало трудностей.

Параллельно с педагогической коррекцией проводилась
медикаментозная:

1. Усиленная общеукрепляющая терапия (витамины,
шиповник, гематоген).

2. Стимулирующая психическую активность терапия
аминалоном вначале по 25,0 мг, а через неделю по
50,0 мг/сут в течение 3 мес.

3. Седативная терапия: триоксазин 30,0 мг/сут курсами
по 2 мес.

4. Миорелаксанты: мидокалм 50,0 мг/сут курсами по
2 мес.

Проводилась индивидуальная работа по преодолению
неправильного звукопроизношения: пение — для регуляции
нарушенного дыхания, ритмика — для установления коор-
динации слова, движения и музыка — как мощный лечеб-
ный фактор, действующий положительно на эмоциональ-
ную сферу психической деятельности. В результате достиг-
нуты успехи как в преодолении заикания, сложной дисла-
лии, так и в развитии речи и в личности ребенка в целом.
Сразу после выписки из логопедического стационара
произошла свободная адаптация к условиям массового дет-
ского сада, где ребенок включился в подготовку к празд-
ничному утреннику в честь праздника 8 марта: читала сти-
хи, танцевала, пела, с удовольствием и свободно выступала
перед аудиторией родителей, занималась в школе фигур-
ного катания, где уже достигла определенных успехов.

Дифференциальный диагноз. Тяжесть заикания в дан-

ном случае, его длительность и значительная стабильность, возникновение заикания на фоне незавершенного речевого развития с некоторой задержкой сроков физиологического косноязычия заставляют провести дифференциальный диагноз с невротоподобным заиканием. Для подтверждения невротической природы заикания в данном случае можно воспользоваться критериями невротического заикания, выработанными профессором В. В. Ковалевым и М. И. Буяновым:

1. Несомненная связь с острой или хронической психотравматизацией, определяющей острое или постепенное начало заикания.

2. Выраженная динамичность невротического заикания с чередованием обострений и улучшений, вплоть до полного исчезновения нарушений речи при отчетливой связи рецидива или ухудшения с эмоциональным напряжением, повторными психическими травмами.

3. Отчетливая связь состояния речи с ситуацией (усиление заикания в школе, общественных местах, в общении с незнакомыми людьми).

4. Фиксация внимания на речи, попытка следить за ней, приводит к усилению заикания.

5. Преобладание тонического компонента речевых судорог и преимущественная локализация их в вокальном аппарате со вторичными нарушениями дыхания.

В пользу невротического заикания может также свидетельствовать тот факт, что столь сложное косноязычие было ликвидировано в короткий срок, постановка звуков и их автоматизация трудностей не вызывали.

Олег А., 5 лет.

Поступил на лечение в дневной логопедический полустационар 15.09.1969 г.

Жалобы (со слов матери) при поступлении: тяжелое заикание, невнятная речь, плохой сон, повышенная нервность, раздражительность, обидчивость, упрямство, очень плохой аппетит.

Семейный анамнез. Семья состоит из 4 человек: родители и двое детей. Наш пациент младший ребенок. Старшая дочь 11 лет — речь здоровая, по характеру спокойная, к брату относится хорошо.

Мать 36 лет, страдает холециститом, панкреатитом и гастроэнтеритом. Раздражительная, обидчивая, плаксивая.

Отец 33 лет, вспыльчивый, раздражительный, упрямый, к сыну относится хорошо.

Заикающихся среди родственников нет, наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

Личный анамнез. Олег от четвертой беременности (ребенок от первой беременности здоров, вторая и третья беременность — меди-

инские аборт в ранние сроки), протекавшей на отрицательном эмоциональном фоне (конфликты в семье) при постоянно повышенном артериальном давлении и отеках конечностей. Роды срочные, затяжные (2 сут), с большим безводным периодом и первичной слабостью родовых сил. Олег родился в асфиксии, оживляли медикаментозно. К груди приложен на 4-е сутки, сосал слабо. В раннем грудном возрасте был вялым, много спал. Раннее физическое развитие: голову стал держать в 4 мес, сидеть с 8 мес, зубы прорезались после 8 мес, ходить начал с 1 года 2 мес.

Перенесенные заболевания: в 6 мес — анемия, на фоне которой перенес тяжелую корь с температурой выше 40°C в течение 3 дней. В 7 мес — пневмония с бронхитом, в 9 мес — тяжелая диспепсия с температурой 40°C . Сразу после диспепсии — повторная пневмония. В 2 года — ветряная оспа. Страдает хроническим тозиллитом.

Речевое развитие: первые отдельные слова начал произносить в возрасте около 2 лет, развитие фразовой речи отмечалось к $3\frac{1}{2}$ годам. Речь была очень быстрой, невнятной. Заикание началось с 3 лет 8 мес после испуга в детском саду. Несмотря на перевод ребенка в другую группу, заикание не уменьшалось и становилось тяжелее. В 4 года амбулаторно получал медикаментозное лечение: микстуру с магнием, валерианой, бромом. После этого наступило кратковременное улучшение. Резкое ухудшение в речи наступило после вторичного испуга.

При поступлении: ребенок астенодиспластического телосложения, кожные покровы бледные, с выраженным сосудистым рисунком. Все группы лимфатических узлов увеличенные, плотные, подвижные, безболезненные. Костно-мышечная система с остаточными явлениями рахита II—III степени. В легких патологических явлений нет. В сердце — на верхушке короткий систолический шум. Органы брюшной полости без патологии. Окружность головы 55 см. Затылок скошен, лобные и теменные бугры выражены резко. Асимметрия лицевой иннервации. Сухожильные рефлексы резко оживлены, больше слева, с расширением рефлексогенной зоны. Патологических рефлексов нет.

Психический статус. Психические реакции ребенка адекватны ситуации, вступает в беседу охотно, но контакт затруднен из-за крайне тяжелого тоноклонического заикания. Двигательно беспокоен, порывается встать. Движения плохо координированы. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту.

Диагноз: задержка речевого развития на фоне раннего поражения центральной нервной системы (антенатального и постнатального генеза). Тяжелое тоноклоническое заикание.

Обследование логопедом. Обследование проводила логопед Т. Н. Рязанова. У ребенка тоноклоническое тяжелое заикание при всех видах речи с сопутствующими движениями (напрягается, наклоняет голову, машет руками). Каждое слово сопровождается эмболофразией: а, э, на, энэ. Дыхание резко нарушено, выдыхает перед началом фразы, все говорит на выдохе. Сложное косноязычие: отсутствуют звуки «р», «л», «в», «ш», «ж», «ч», «щ». Все остальные согласные произносит мягко.

Речь аграмматична. Картинки описывать не умеет, искаженно называет отдельные предметы, с трудом подыскивает слова. Последовательность рассказа по картинкам определил правильно (разложил по порядку все картинки). Внимание очень неустойчивое, отвлекаем. Интеллект соответствует возрасту. Моторно неловок, движения угловатые, скованные.

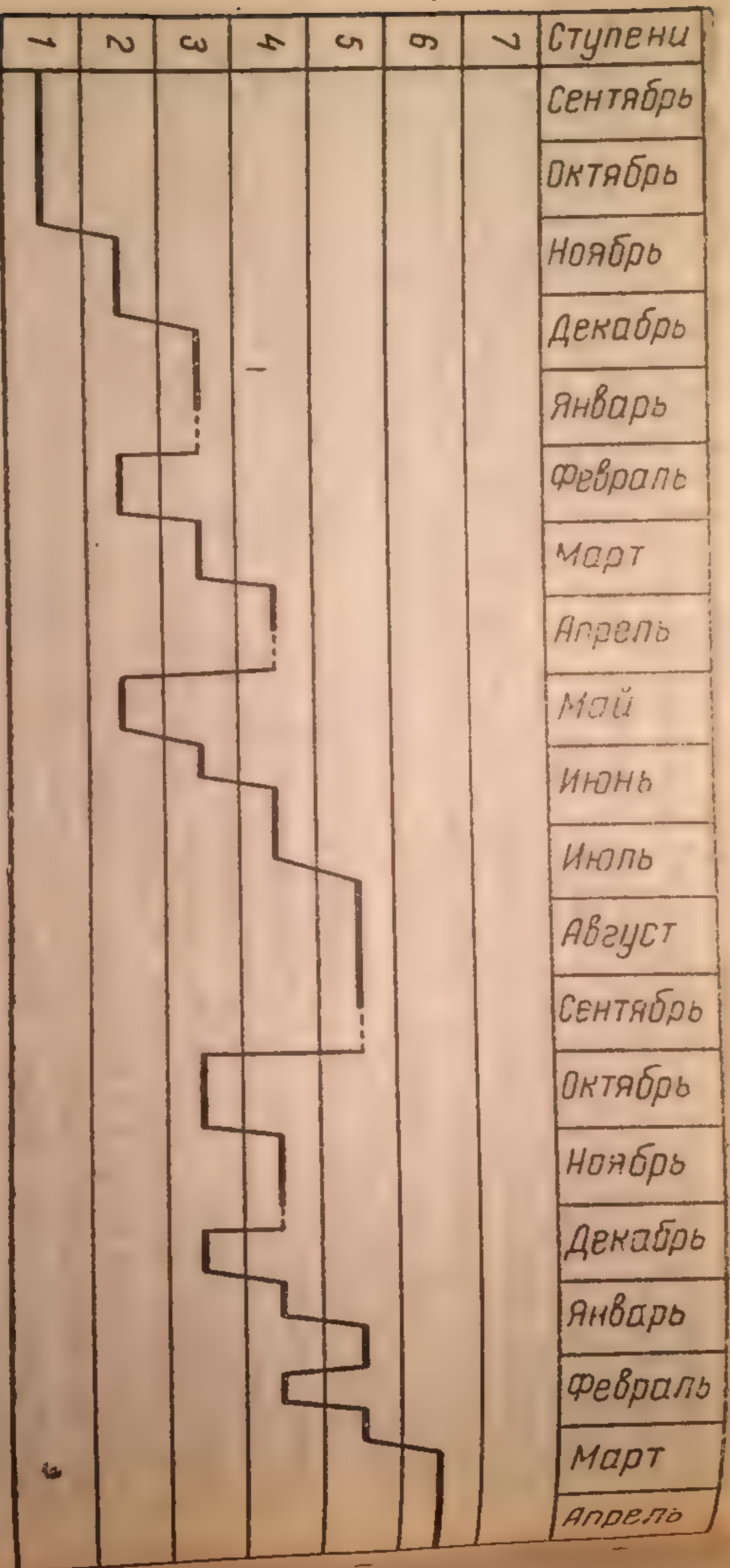


Рис. 7. Графическая запись состояния речи в процессе лечения заикания у больного 5 1/2 лет.

Заключение логопеда: тяжелое тоноклоническое заикание при всех видах речи (I ступень), много сопутствующих движений, эмболофразии. Дыхание нарушено, произносит слово на полном выдохе. Голос тихий, речь аграмматична, словарный запас небольшой.

Во время лечения в полустационаре Олег получал медикаментозную терапию направленного действия: дегидратационную магnezаль-

Хорошо записывался. Показывалось 10 мес. В сентябре Перевоило Олег неценные проес вести тактировал. Стал хорошо зыкально-1 Дома гово Был н жениями осталось охотно. Плучше все В шк вался. Поохотно 3 стал сме. такт с к. пришлось. Во 4 работы В 3-фическую К

Хорошо занимался логоритмикой и очень любил эти занятия. После 10 мес занятий Олег уехал на лето с матерью на дачу. Заикание его проявлялось только на 5-й ступени (при пересказе прослушанного). В сентябре, после лета, отмечалось небольшое усугубление заикания. Перевоспитание речи на втором году посещения полустационара шло значительно быстрее, чем раньше.

Олег научился хорошо пересказывать текст, составлять распространенные предложения, придумывать рассказы по картинкам, стал активнее вести себя на занятиях и особенно в жизни группы. Хорошо контактировал с детьми. Научился хорошо считать, решать задачи, читать. Стал хорошо рисовать. Особенно большие сдвиги Олег сделал в музыкально-ритмических занятиях: стал музыкальным и очень ритмичным. Дома говорил также хорошо, стал значительно спокойней.

Был выписан в школу со значительным улучшением в речи, с достижениями в перевоспитании характера и особенно поведения. Заикание осталось незначительным лишь при спонтанной речи. В школу пошел охотно. При поступлении в школу на проверочных испытаниях читал лучше всех детей и очень гордился этим.

В школе первый месяц адаптировался с трудом, на уроках волновался. Посещал школьную логопедическую группу в полустационаре охотно 3 раза в неделю. Подготавливал уроки по чтению с логопедом, стал смелее отвечать в классе. Логопед поддерживал письменный контакт с классным руководителем. Письмо давалось труднее, над этим пришлось много работать и давать задания для работы дома.

Во 2-м классе посещал школьную группу один раз в неделю для работы над ошибками в письме.

В 3-м классе учился на «хорошо» и «отлично». Посещал хореографическую группу.

Катамнез 4 года спустя: в настоящее время учится в 7-м классе. Заикание на консультации уловить не удалось. По словам учительницы, в школе говорит очень хорошо. При волнении Олег немного заикается, но эти запинки его не беспокоят.

Занимается в хореографической группе, сделал там большие успехи.

Приведенные материалы свидетельствуют о различном течении процесса перевоспитания речи и личности у ребенка с невротическим заиканием и ребенка с заиканием и задержкой развития речи на фоне органического поражения центральной нервной системы (неврозоподобное заикание). Мы хотим подчеркнуть, что благоприятный результат достигается и в самых тяжелых случаях при достаточно длительном лечении. В представленных историях болезни отражены все моменты перевоспитания личности заикающегося ребенка дошкольного возраста, а также важность лечения в условиях дневного стационара без отрыва от семьи.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Комплексный метод лечения в условиях школ для детей с расстройствами речи

В системе специальных школ ГДР есть школы для страдающих расстройствами речи, куда принимают детей с тяжелыми речевыми нарушениями, к которым относится и заикание.

Перед этими школами поставлены те же задачи обучения и воспитания, что и перед другими школами социалистического государства. Но у них есть и специальная задача, заключающаяся в устранении или по меньшей мере смягчении расстройства речи и сопутствующие им патологические явления в развитии личности. С этой целью в общие учебные планы политехнических школ вносят специальные дидактические и методические дополнения, такие, как логопедическая ритмика и коррекционная работа над речью.

Число уроков в этих школах по сравнению с обычными школами несколько увеличено. Каждый класс насчитывает не более 12—15 учеников.

В такие школы принимают, как правило, детей, посещавших детские сады для заикающихся, если там заикание не было устранено. Кроме того, часть детей направляют из консультативных логопедических пунктов при поликлиниках, причем стремятся к тому, чтобы все нуждающиеся в логопедической помощи своевременно поступили в школу.

В этих школах воспитатели стараются устранить речевые расстройства на возможно более раннем этапе. Логопедическая работа должна обеспечить воспитание, образование и реабилитацию школьников в течение первых 2, в крайнем случае 3 лет. Во всех школах для детей с расстройствами речи есть начальные классы (в зависимости от плотности населения могут быть и параллельные классы).

В отдельных школах заикающиеся ученики остаются до 6-го класса и лишь в одной школе — до 10-го. В настоящее время в ГДР насчитывается 24 школы для детей с расстройствами речи. При некоторых из этих школ имеют-

ся интернаты. Во всех школах педагоги стремятся выполнить требования, предъявляемые к школам продленного дня.

Такая форма школьного образования создает наилучшие условия для объединения социалистического воспитания с коррекционной работой над речью:

- школа продленного дня позволяет установить тесную связь обучения с жизнью;

- создает детям такие условия, в которых могут получить развитие любые способности;

- создаются хорошие предпосылки для работы детского коллектива и юношеских организаций;

- устанавливается более тесная связь с трудящимися, и происходит успешное воздействие общественности на детей;

- такая школа оказывает трудящимся родителям большую помощь, но требует и от них всесторонней поддержки;

- помогает развитию интереса ребенка к коллективу, в котором он растет и учится.

Обучение в школе — это основная форма педагогической работы, в школе продленного дня можно применить более активные, чем в обычной школе, формы обучения. При этом учитываются индивидуальные склонности детей, для их удовлетворения должны быть созданы условия в рамках коллективной жизни, подчиненной интересам общества.

Кружки представляют собой проверенную, но, конечно, не единственную форму работы. Использование свободного времени вне школы может открыть для школьника много различных путей приобщения к труду.

В качестве элементарной формы трудовой деятельности может выступать самообслуживание. В зависимости от возраста детей на этом строится общественно полезная, а в дальнейшем и продуктивная деятельность. Многие моменты самодеятельной работы в кружках могут быть использованы и для настоящего участия в общественной жизни.

Преимуществом школы продленного дня является и то, что в ней более точно соблюдается режим на протяжении всей недели, что имеет особенно большое значение для заикающихся школьников.

Логопедические и медицинские мероприятия могут проводиться с надлежащей регулярностью и последовательностью.

Диагностика и анамнез

Чтобы собрать достоверный анамнез, следует прежде всего установить с родителями ребенка отношения доверия и контакта, затем в разговоре затрагивают вопросы, имеющие отношение к анамнезу. В такой беседе родители могут рассказать все, что имеет отношение к дефекту речи ребенка.

Желательно посещение логопедом семьи. Непосредственное знакомство с домашними условиями и с ребенком в привычной для него обстановке позволяет лучше узнать и родителей. Практика показывает, что родители стараются не замечать заикания ребенка. Результаты первой беседы в значительной мере зависят от умения логопеда вести разговор в нужном направлении.

Рекомендуется также, чтобы логопед и психолог совместно осуществляли сбор анамнеза при посещении на дому. Как правило, такое посещение занимает 1—2 ч.

Все данные анамнеза в дальнейшем врач должен обсуждать совместно с логопедом. Целью посещения ребенка и первичного обследования является установление отправных пунктов для последующих наблюдений.

Обследование речи и моторики

Во время посещения на дому логопеду представляется возможность лучше познакомиться с ребенком. Для установления первого контакта рекомендуется ограничиться общим знакомством, чтобы завоевать доверие. При этом логопед получает представление о наиболее характерных особенностях речи ребенка.

Для детальной проверки речи родители должны привести ребенка к логопеду еще раз. Во время этого посещения логопед выявляет всю симптоматику заикания и другие дефекты речи.

Речевые ступени позволяют объективнее, чем другие методы, определить тяжесть заикания, что и побудило автора использовать их для оценки состояния речи ребенка. Подобная методика имеет ту положительную сторону, что ребенок большей частью не воспринимает это как проверку, и доверие к логопеду укрепляется.

Одновременно определяют особенности дыхания, фонации и речи ребенка, а также устанавливают такие признаки, как тахилалия или брадилалия и отклонения в речевых ударениях. При этой проверке определяется форма

заикания (клонус, тонус или их комбинации), отмечаются сопутствующие движения, эмболофразии или тенденция к маскированию заикания.

Результаты такого обследования речи записывают одновременно с анамнезом под рубрикой «логопедический диагноз».

Для проверки артикуляции и выявления других речевых нарушений очень эффективной оказалась система проверки, предложенная Веккер с сотр. (1965).

При обследовании заикающегося ребенка очень важно выяснить состояние его моторики. Это необходимо как для выявления микросимптоматики раннего диффузного мозгового поражения, так и для индивидуального воспитания моторики.

Оценка поведения и уровня развития речи

Диагностическая оценка заикания предполагает учет всего поведения ребенка.

К рассказам родителей о поведении их ребенка зачастую следует относиться с осторожностью. Во всяком случае рекомендуется опросить и других лиц, участвующих в воспитании ребенка. Если ребенок уже ходил в детский сад или в школу, необходимо учесть наблюдения воспитателей и педагогов. Однако все эти данные не могут заменить логопедического и психологического обследования ребенка, которое тоже не должно ограничиваться кратким описанием его поведения и уровня развития. Наиболее достоверным оказывается дальнейшее наблюдение за поведением ребенка в школьном коллективе.

Особенно важны для правильной характеристики заикающегося ребенка данные наблюдений за его склонностями. Поскольку речевые расстройства иногда сочетаются с недостаточным интеллектуальным развитием, необходимо установить первопричину этих нарушений.

Обследование поведения и уровня развития ребенка проводят как психолог, так и логопед. Методические указания в этом направлении были даны Suhgweig (1974) в его последних работах.

Медицинское обследование

Окончательный диагноз у ребенка, страдающего заиканием, может быть установлен лишь после его обследования невропатологом и психиатром, а в случае необходимости и другими специалистами.

Для более точной диагностики врачу предоставляются данные предварительного анамнеза, включая результаты логопедического и психологического обследования.

Поскольку заикание является речевым расстройством, имеющим комплексный характер, необходимы детальные и полные исследования. Для выяснения причин и патофизиологических основ заикания часто необходимо стационарное клиническое обследование. Приводим пример.

Дагмар Ф., 7 лет 4 мес; второй ребенок в семье (всего 4 детей). Направлена районным врачом в школу для детей с расстройствами речи. Отец 39 лет, электрик; мать 38 лет, домашняя хозяйка. Наследственность не отягощена.

Во время посещения логопедом и врачом родители держатся приветливо, очень заботятся о детях, стараясь уделять равное внимание каждому ребенку. При беседе создается впечатление, что это благополучный брак, и все вопросы по воспитанию детей родители решают согласованно. Семья живет в отдельной современной квартире, хорошо обставленной и содержащейся в чистоте и порядке.

Личный анамнез. Беременность и роды у матери протекали нормально. Дагмар вскармливалась искусственно. Желудочно-кишечными заболеваниями не страдала. Ходить начала в возрасте 1 года. Появление зубов протекало нормально. На 2-м году жизни Дагмар перенесла корь и коклюш. Говорить Дагмар начала очень поздно, в возрасте 4 лет. При развитии фразовой речи появилось заикание. Заключение логопеда: заикание, тонико-клоническая форма, функциональная дислалия, 2-я речевая ступень. В детский сад девочка не ходила. Поведение ребенка: при посещении врачом и логопедом Дагмар ведет себя очень тихо и сдержанно, не разговаривает. Мать характеризует Дагмар как самую тихую в семье. Дагмар легко подчиняется и охотно играет со сверстниками или старшими детьми. Дома любит подолгу играть в куклы. Умывается, одевается и раздевается самостоятельно. Помогает матери по дому. Мать считает ее хорошей помощницей. По моторному развитию девочка отстает от возраста.

Выписка из истории болезни. Дагмар Ф., 7 лет 4 мес.

Поступила в стационар с жалобами на заикание, дислалию, большую пугливость, нерешительность. Случаи нервных, психических заболеваний в семье не наблюдались. Родители характеризуют девочку как исключительно тихого ребенка, особенно при общении с посторонними. В играх она проявляет внимание и фантазию, присоединяется к играм сверстниц и старших девочек, играет с ними дружно. С удовольствием помогает по дому и делает это умело.

Клиническое обследование: рост несколько выше нормального, девочка крепкая, несколько бледновата. Конфигурация черепа без особенностей, окружность головы 52,5 см. Лицо гипомимично, рефлексy живые. Резкая вегетативная возбудимость, девочка легко краснеет. Конечности холодные, покрыты холодным потом. Живой красный дермографизм. Рентгенографическое исследование указало на небольшое смещение шейных позвонков влево. Шейные мышцы очень напряжены. Обследование в отоларингологическом отделении клиники обнаружило несколько увеличенные миндалины. Зубным врачом установлено, что смена зубов происходит нормально.

Психологическое обследование: девочка спокойная, тихая, сдержанная, оживляется лишь в привычной обстановке, в играх со знакомыми

Рис. 8. Графиче

детьми. В обуче
выми для себя
знания проявля
ршается самос
у взрослых, пр
нения задания
решения. Неуд
она не решает
выполнении пр
на нее всегда
так резко, как
дении она тих
несколько ожи
боязливо и ре
них помощи.
хорошо успева
комыми деть
Резких социа
Заключен
группе. Успе
рела уверенн
боязливый, з
ности.
В стаци
по 15 мг 3
уменьшить с
сложных за
ций, чтобы
бости. Поск
нительно не
В даль
на то, что
приятии

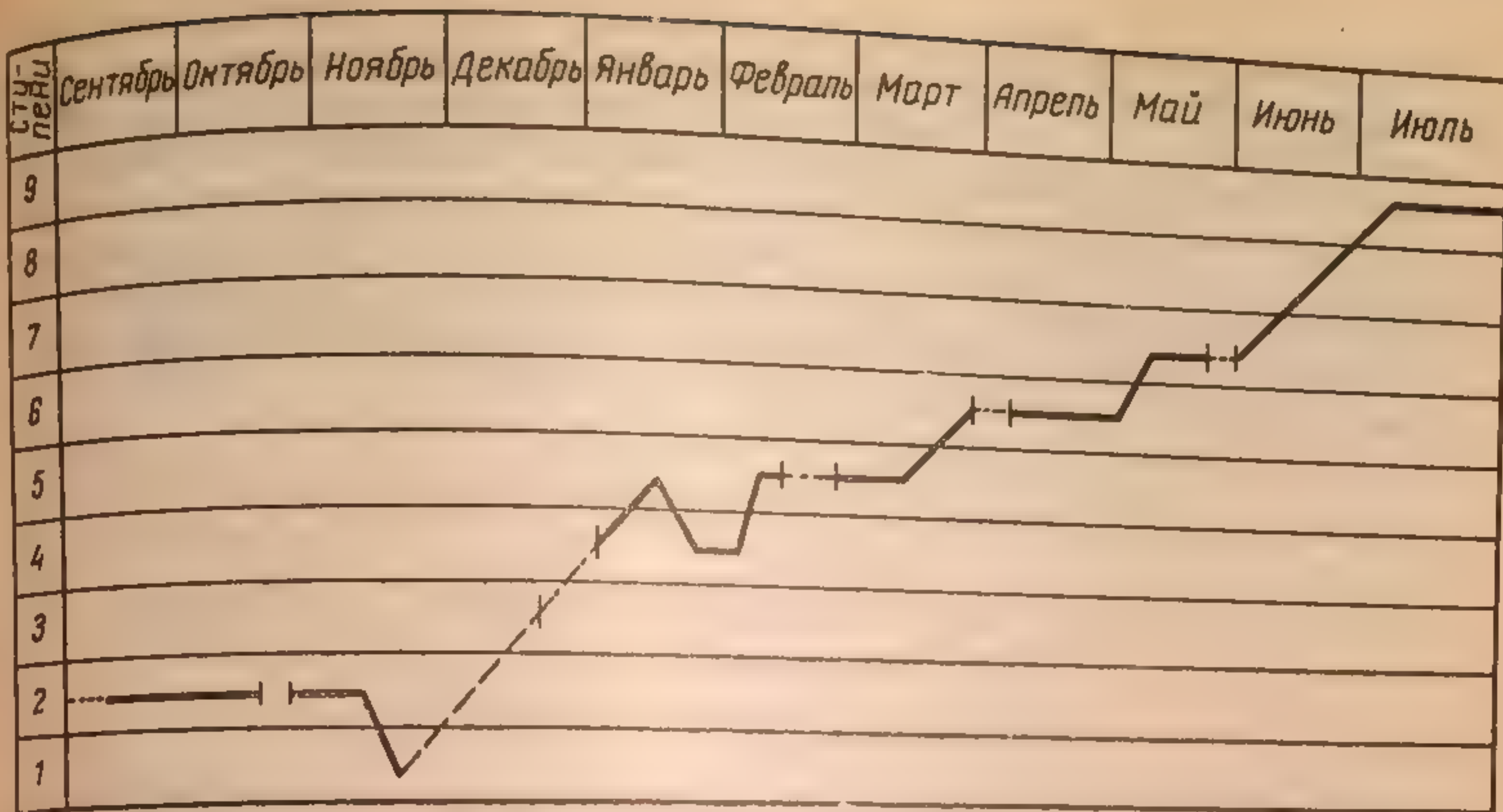


Рис. 8. Графическая запись состояния речи в процессе лечения заикания у больной 7 лет 4 мес.

детьми. В обучении старательна и послушна. При столкновении с новыми для себя задачами неуверенна, заторможена. При получении задания проявляет готовность к его выполнению и старательность, но не решается самостоятельно приступить к нему, а постоянно ищет помощи у взрослых, правда, не словами, а лишь взглядом. В процессе выполнения задания не может самостоятельно принять даже самые простые решения. Неудача оказывает на Дагмар сильное впечатление, однако она не решается выразить это громко, а тихо, беззвучно плачет. При выполнении привычных заданий девочка очень послушна, старательна, на нее всегда можно положиться, боязливость при этом не проявляется так резко, как при столкновении с новой ситуацией. В обычном поведении она тиха и сдержана, лишь в отношениях с одноклассниками несколько оживляется. Впечатлительна, на новые впечатления реагирует боязливо и робко. Ищет контакта со взрослыми, так как ожидает от них помощи. Одноклассники любят ее, возможно, потому, что она хорошо успевает в школе и дисциплинирована. В отношениях со знакомыми детьми Дагмар оживляется, ее охотно принимают в игры. Резких социальных конфликтов она обычно избегает, уступая в спорах. Заключение психолога: развитие в целом соответствует возрастной группе. Успехи Дагмар могли бы быть большими, если бы она приобрела уверенность в своих силах и преодолела робость. В целом это боязливый, заторможенный ребенок с чертами тревожной мнительности.

В стационаре Дагмар получила медикаментозное лечение: труксал по 15 мг 3 раза в день. Одновременно логопеды и врачи пытались уменьшить ее боязливость и робость путем постановки перед ней несложных задач и передачи ей в играх небольших руководящих функций, чтобы укрепить ее уверенность в себе, стараясь не замечать ее робости. Поскольку девочка легко поддается влиянию, это удалось сравнительно неплохо, и заикание уменьшилось.

В дальнейшем педагогическая работа с Дагмар была направлена на то, чтобы выработать у девочки определенную самостоятельность в принятии решений. Для этого ей поручали выполнение практических

задач, подчеркивая при этом ее старательность и исполнительность. Поскольку Дагмар растет в большой семье и отношения между родителями хорошие, прогноз относительно дальнейшего развития ее личности может быть вполне положительным. О прогнозе относительно заикания невозможно судить с достаточной уверенностью, хотя во время пребывания в специальной школе и в стационаре было достигнуто значительное улучшение в речи. Однако особенности характера девочки (нерешительность, пугливость) могут обуславливать рецидивы заикания (рис. 8).

Режим дня и гигиенические правила в быту

Одной из задач терапии заикания является укрепление физического здоровья заикающегося.

Важное значение имеет такой распорядок дня, в котором происходит чередование занятий, требующих напряжения сил и дающих возможность отдохнуть. Содержание и вид занятий должны определяться степенью напряжения и расходов физической и психической энергии. Поскольку дети младшего школьного возраста легко возбудимы, нагрузка на нервную систему заикающихся детей должна быть дозированной. Важную роль играет абсолютный покой, возможный только во сне. Так, Marcussen указывает, что ребенку в возрасте 6—7 лет необходимо 11—12 ч сна. Для заикающихся детей продолжительность сна ни в коем случае нельзя уменьшать. Желателен дневной сон в течение 1½—2 ч. Опыт показывает, что школьники дома протестуют против сна днем, считая, что это нужно только малышам, а в условиях школы с продленным днем дети подчиняются общим правилам. Если дневной отдых строго соблюдается, для большинства детей он вскоре становится потребностью, они легко засыпают. Во время сна окна спальни должны быть открытыми.

В отношении питания заикающихся детей также необходимо следовать советам врача.

Как уже было сказано выше, соблюдение режима дня представляет для многих родителей большие трудности. Поэтому желательно, чтобы дети, страдающие заиканием, по возможности находились в специальных школах с продленным днем.

Изложенные в этом разделе медицинские мероприятия должны стать составной частью общего лечебно-педагогического распорядка дня.

Медикаментозная терапия

Важнейшей составной частью медицинских мероприятий следует считать медикаментозную терапию, целью которой является восстановление равновесия нервных процессов. Этого можно достигнуть, во-первых, путем усиления торможения, во вторых, путем снижения возбудимости. Однако использование фармакологических средств следует рассматривать лишь как фон в общем логотерапевтическом процессе.

Работа с родителями

Добиться правильного отношения родителей к заиканию у их ребенка часто является одной из самых трудных задач при лечении. Прежде всего нужно преодолеть неправильные представления родителей о природе и сущности заикания, их некритическое отношение к собственному поведению и методам воспитания заикающегося ребенка. Об этом будет сказано подробнее в разделе о логопедической работе. Здесь необходимо указать, что врач также должен участвовать в работе с родителями.

Иногда один или оба родителя нуждаются в помощи психиатра. Однако и без этих показаний необходимы совместные действия психиатра, логопеда, невропатолога и психолога. Большое значение имеет согласованность всех терапевтических мер. Тактика того или иного специалиста каждый раз зависит от конкретной ситуации и индивидуальности лица, с которым проводится работа.

Коррекционное воспитание речи (система речевых занятий)

Основными признаками заикания являются характерные особенности речи, т. е. клонус и тонус, а также сопутствующие двигательные уловки, эмболофразии и перестановки слов внутри фразы в процессе речи, часто вызванные логофобией.

Богатый опыт лечения заикания учит, что практически не может быть успешного лечения без специальных речевых занятий. Достижения психологии и педагогики показывают, однако, что коррекционная работа над речью ни в коем случае не должна ограничиваться только формальными упражнениями, напротив, необходимо стремиться к

закреплению правильной спонтанной речи, следя за ее содержанием. Поэтому мы говорим не только о системе речевых занятий (коррекции), но и о реабилитационном воспитании заикающегося. В основу коррекции речи при заикании нами положен анализ приведенных ниже 9 речевых ступеней. На их основе разработана определенная система восстановления речи у заикающихся детей по принципу постепенного усложнения речевого высказывания.

Использование речевых ступеней при коррекции заикания очень легко связать с общими задачами воспитания и обучения детей соответствующего возраста. Дети младших классов, особенно 1-го, учатся читать, писать и считать на наглядном материале природы и жизни родной страны. Обучение письменному языку обуславливает временное ограничение тематики по сравнению со знаниями, уже накопленными детьми. Примером этого является составление азбуки, в которой последовательно соблюдается принцип наглядности и постепенного увеличения языковых трудностей. Эти признаки соответствуют в основном 4-й речевой ступени. Научившись читать, школьники овладевают и 5-й речевой ступенью, если при этом не появляется заикание. Если у детей первого года обучения при чтении появляется заикание, то это может вызвать неуверенность в правильности понимания прочитанного отрывка. Этот недостаток следует устранять осторожно, но как можно быстрее. Следующие речевые ступени необходимо согласовывать с процессом обучения. Вся методика речевых занятий ставит своей целью скорейшее восстановление плавной речи. Одновременно необходимо убедить заикающегося в том, что процесс речи не доставляет ему трудностей. Как уже было сказано выше, Liebmann (см. гл. 1) использовал систему речевых занятий с повышающимися требованиями к разговорной речи. Применяемые нами речевые ступени представляют собой дальнейшее развитие системы, используемой в детских садах для заикающихся детей.

В логопедической работе с заикающимися школьниками младших классов речевые занятия строятся по следующей системе речевых ступеней.

1-я ступень — сопряженная речь. Используя наглядный материал, логопед произносит простые предложения, например: «Это мяч, это кошка, это мальчик» и т. п., а затем повторяет их вместе с ребенком.

2-я ступень — отраженная речь. То же, что и при сопряженной речи, но ребенок произносит предложение самостоятельно.

3-я ступень — ответы на вопросы по зрительным восприятиям. Используя знакомые ребенку предметы или картинки с изображением знакомых предметов или действий, логопед задает вопросы: «Что это такое?», «Что делает...?», «Какой это...?», «Что это у тебя?» и т. д.

4-я ступень — самостоятельное описание картинок и действий с различными предметами. Ребенок самостоятельно описывает картинки или жизненные ситуации. Логопед руководит речью ребенка, определяя его способность пользоваться самостоятельной речью, стремясь постепенно увеличивать число слов в предложениях, при переходе от простого высказывания к более сложному.

5-я ступень — чтение. Трудность предлагаемых для чтения текстов зависит от умения ребенка читать.

6-я ступень — пересказ. Ребенок пересказывает прослушанный или прочитанный рассказ или сказку. В группе детей или в классе полезно пересказывать по ролям.

7-я ступень — рассказы о пережитом. Ребенок рассказывает об увиденном по дороге в школу, о событиях в семье, о сделанной работе и других событиях из своей жизни.

8-я ступень — беседы на заданную тему.

9-я ступень — спонтанная речь.

Методика коррекционного воспитания речи с использованием последовательных речевых ступеней в условиях школ для детей с расстройствами речи предъявляет большие требования к логопеду. Учебный материал должен соответствовать как требованиям логопедии, так и специфике предмета. Это возможно лишь при условии, что логопед хорошо знает речевые возможности всех учеников своего класса и тщательно планирует участие каждого отдельного ученика в уроке.

Поясним это на примере контрольного урока. Контроль знаний в учебном процессе в социалистической школе выполняет определенную дидактическую функцию, являясь составной частью многих уроков. Часто урок начинается с проверки знаний, которая в разной форме должна коснуться каждого ученика, но при опросе за один урок не более одного или двух.

Методически проверка знаний может быть оформлена как небольшой отчет или как демонстрация выполненной работы.

К учебному процессу в специальных школах для детей с расстройствами речи предъявляются те же требования,

что и в обычных школах. Если речь в процессе лечения заикания достигла 6—8-й ступеней, то ученики без особых трудностей могут принять участие в беседе на определенную тему, выступить с отчетом или пересказать текст. Но затруднения появляются в том случае, если отдельные ученики могут лишь отвечать на вопросы, подкрепленные наглядным материалом, или пересказывать содержание картинок. Если, например, ребенок находится на 5-й речевой ступени (чтение), то логопед может попросить ответить на заданный вопрос письменно. Затем ученику предлагают ответить на этот же вопрос устно, используя свои записи. Попутно учитель может оценить ответы других учеников. Во всяком случае каждая такая проверка должна быть тщательно подготовлена. Когда дети находятся на 4-й речевой ступени, т. е. для плавной речи им нужны картинки или другие наглядные пособия, или они могут только давать ответы на простые вопросы, то в этих случаях в интересах закрепления плавной речи приходится временно пренебрегать требованиями к усвоению учебной программы, и для облегчения ответа ученикам предъявляют несколько заниженные требования.

Другой пример касается уроков, на которых проводится обсуждение смысла прочитанных басен. Эти уроки планируются тогда, когда большинство учеников в классе достигли 8-й речевой ступени (беседы на заданные темы). На таком уроке логопед должен прочесть басню сам, предупредив учеников, что прослушав ее, они должны будут передать своими словами содержание басни и объяснить ее смысл. Например, читается басня «Лиса и Аист». Логопед при чтении выделяет эмоционально разговор между лисой и аистом. Когда чтение закончено, детям предлагается рассказать суть этой басни и сделать свой вывод. Дети, уже овладевшие свободной речью, выполняют это задание без особого труда, но для некоторых такое задание еще затруднительно.

Поэтому, чтобы все дети в классе могли принимать участие во всех занятиях, намеченных по учебному плану, логопед, зная, на какой речевой ступени находятся его ученики, дает им посильные задания. Здесь, так же как и в предыдущем случае, дается возможность ученику, еще не освободившемуся от заикания, ответить не свободной самостоятельно построенной речью, а по вопросам или какой-либо другой облегченной речью.

На всех занятиях к ученикам должен быть индивидуальный подход.

Опыт показывает, что дети делают быстрые успехи в достижении плавной речи, если требования к их речи по-прежнему остаются в пределах их речевых возможно-замедленном темпе. Вскоре становится заметно положи-тельное влияние такой речи на детей: это отражается и на их манере говорить. Когда логопед замечает, что ребенок в игре, разговоре или при просьбе начинает заикаться, он должен тактично и незаметно прийти ему на помощь. Если родители могут помогать логопеду в его работе, это нуж-но всегда использовать. Со всеми родителями необходимо проводить соответствующую работу, разъясняя им мето-дику воспитания плавной речи. Когда родители стремятся сами говорить ясно и несколько медленнее, это надо счи-тать большим достижением.

Даже без помощи со стороны родителей речевое вос-питание в школе очень эффективно. Опыт работы с детьми дошкольного возраста показывает, что систематическая помощь детям в речи в соответствии с их речевыми воз-можностями распространяется постепенно и на все рече-вые ситуации и приводит к тому, что речь детей становит-ся плавной. Успехи в коррекции речи каждого ребенка ежедневно графически регистрируют. Отметки на оси орди-нат соответствуют речевым ступеням по направлению сни-зу вверх. Каждое деление на оси абсцисс соответствует одному дню, проведенному в школе. Соединив все ежеднев-ные отметки, мы получаем кривую коррекцию речи, отображающую успешность логопедической работы. При ухуд-шении следует немедленно выявить причины и принять со-ответствующие меры. Кривая графической записи речи мо-жет рассматриваться как отражение эффективности всей логопедической работы.

Логопедическая ритмика

Особенности моторики заикающихся детей состоят в том, что при попытке к речи у них возникает напряжение респираторных, фонационных и артикуляционных мышц, а иногда и диффузное повышение мышечного тонуса. При ярко выраженном заикании встречаются также первичные (например, симптом «крыльев носа») и вторичные сопутст-вующие движения (топанье ногой, махание рукой и др.). Исследования А. Вебер (1972) о состоянии моторики у заикающихся дошкольников подтверждают высказывания Р. Вебер (1956) о том, что у заикающихся детей наблю-

даётся меньше нарушений в моторике, чем у детей косноязычных, однако эти же исследования показывают отличие моторики заикающегося от моторики здорового ребенка. Заикающиеся плохо выполняют задания на равновесие.

Характерными индивидуальными особенностями моторики и личности заикающегося определяются и специфические задачи логопедической ритмики. Они заключаются в следующем: тренировка мышечного расслабления, воспитание и улучшение ритмического движения, устранение боязливости и других патологических особенностей поведения, закрепление плавной речи. Выбирают такие упражнения, которые в первую очередь воспитывают координацию движений.

Широкая дискуссия в спортивной педагогике показала, что наиболее подходит термин «моторные способности». Prochazka (1970) относит к ним ловкость, ощущение ритма и способность к мышечному расслаблению. Schnabel (1973) считает основными моторными способностями возможность управления движением, переориентировку, а также усвоение моторных навыков, равновесие и ловкость.

Отсюда ясно, что у детей с ослабленной или нарушенной моторикой, к которым мы относим и заикающихся, главное внимание следует уделять развитию именно моторных способностей. У заикающихся детей в основном следует развивать способности к мышечному расслаблению и ощущение ритма. Таким образом, существуют упражнения двух видов: 1) все физические упражнения, способствующие мышечному расслаблению, 2) музыкально-ритмические игры, при помощи которых можно улучшить качество движений и ориентировку в пространстве. Эти игры позволяют влиять на нарушенное поведение детей путем умелого распределения ролей. Основное внимание следует уделять развитию ритмичности движений. Существенную помощь в этом оказывают музыка и слово. С точки зрения реабилитационной работы важным является эмоциональное влияние музыки. В последнее время влиянию музыки на психические и физические процессы уделяют все большее внимание и используют музыку в целях терапии. Schwabe (1973) подробно описывает возможности музыкальной терапии при неврозах и функциональных нарушениях. Логопед использует музыку прежде всего для того, чтобы активизировать, стимулировать или, напротив, успокоить детей. Слово в качестве ритмической опоры давно использовали при гимнастических упражнениях. В логопедической работе с заикающимися оно имеет совершенно

новые аспекты. Говорит не только логопед, но и учащийся, связывая текст с движениями и музыкой. Решающим при этом является совпадение ритма. В сочетании с плавными телодвижениями заикающимся удастся и плавная речь. Это исключительно важно для закрепления правильных речевых навыков. То же можно проделать и в сопровождении ударных инструментов.

Перевоспитание личности

В главе «Этиология заикания» мы уже указывали на важность взаимоотношений личности с окружающей средой.

В возникновении заикания большое значение имеют неблагоприятные внешние условия, которые при сочетании с эндогенными предпосылками могут привести к невротическим реакциям или состояниям. В случае возникновения заикания ведущим симптомом становится речевое нарушение. Однако заикание не является изолированным расстройством. У заикающегося нарушена вся структура личности. Petrak (1973) на основании своих исследований делает выводы о том, что у заикающихся школьников многие стороны личности развиваются дисгармонично. Это нарушает взаимоотношения заикающихся школьников со своими товарищами и отрицательно влияет на развитие личности.

Перевоспитание личности имеет целью главным образом нормализовать социальное поведение заикающегося. Логопедические занятия должны быть направлены не только на речевой симптом, следует учитывать все условия, послужившие причиной возникновения заикания.

Исходным пунктом логопедической работы является психолого-педагогическая оценка личности заикающегося. В качестве действенной методики рекомендуется использовать так называемую комплексную активную психотерапию Wegner (1967). Она включает в себя коррекцию окружающей среды (соответственно нашему пониманию — это влияние на социальное окружение), при этом учитывают окружение в школах и в семье, проводят групповую и индивидуальную психотерапию в четыре фазы: расслабление, разрядка, организация и реабилитация.

Особое значение приобретает психотерапия в коллективе. В школах для детей с расстройствами речи основной структурой являются классы, группы продленного дня, коллективы детей, живущих в интернате, а также кружки.

Задачами активной терапии являются устранение не-
правильностей в поведении и воспитание поведения, соот-
ветствующего социальным нормам. По сути дела речь идет
о перестройке всей структуры личности с невротическими
нарушениями. Предпосылкой для этого является развитие
у школьника сознания неправильности своего поведения.
Психолог Petrak (1973) в Лейпцигской школе для детей с
расстройствами речи провела экспериментальное исследо-
вание по включению активной терапии по Werner в комп-
лексный метод, специально приспособленный для заикаю-
щихся школьников. Далее изложены методика работы и
достигнутые результаты.

Фаза расслабления создает для заикающегося ребенка
возможность адекватного поведения. При этом следует от-
казаться от чрезмерного принуждения и не допускать си-
туаций, требующих постоянного перенапряжения. Робким
детям дают возможность испробовать свои силы, предо-
ставляется известная свобода. В игровой комнате ребе-
нок может играть во что и как хочет. Однако ни в коем
случае нельзя допускать хаотичности в обстановке. Если
ребенок во время игр вел себя неправильно, логопед очень
осторожно указывает ему на его ошибки, и ребенок дол-
жен это осознать. Между ребенком и учителем должно
установиться доверие, необходимое для дальнейшего пере-
воспитания. Petrak отмечает, что в период этой фазы она
наблюдала заикающихся детей, которые под влиянием
расслабления неожиданно начинали говорить как малень-
кие дети, не соблюдая грамматических правил, но при
этом они больше не заикались. Эта фаза продолжается
4—6 нед.

Фаза разрядки непосредственно вытекает из фазы рас-
слабления, помогающей смягчить конфликты и причины,
вызвавшие нарушения речи. С логопедом устанавливаются
отношения доверия. Следовательно, теперь нужно начать
приближение к нормам поведения, соответствующим воз-
расту ребенка. В соответствии с индивидуальным подхо-
дом к каждому члену коллектива требования дифференци-
руются. Следует указать каждому ребенку на противоре-
чия между его старыми привычками и общественно детер-
минированными нормами; устранение этого противоречия
должно способствовать развитию правильного поведения
ребенка. По возможности следует избегать требований, не-
соизмеримых с возможностями детей. Логопед должен гиб-
ко реагировать на реакции ребенка и помогать развитию
его установок и воли. Эта фаза требует от логопеда боль-

шой психологической чуткости, педагогического такта и мастерства. Опыт Petrak показывает, что важным методом перевоспитания может стать комментирование неправильного поведения в классе или в группе продленного дня. Логопед при этом не оценивает прямо действия ребенка, но в беседе дает понять неправильность его поведения при помощи точного описания причин и следствий его поступка. Цель этой фазы достигнута, когда школьник в основном готов к решению поставленных перед ним задач и не отвечает на них больше сопротивлением или стремлением уклоняться от них. Эта фаза также в среднем длится 4—6 нед, а в отдельных случаях более длительное время.

Фаза организации примыкает к фазе разрядки. В эту фазу систематически развивается и испытывается способность детей к нормальному поведению путем постановки перед ними задач и предъявления требований, преобладающих в обычных социальных жизненных условиях. В течение этой фазы школьники учатся в основном выполнять нормы школьной и внешкольной жизни, а также обязанности по дому. При этом логопед должен учитывать, что можно достичь эффекта лишь в сочетании с преодолением диспропорций на уровне развития отдельных компонентов в структуре личности. Относительно дидактики эта фаза требует четкой умелой дифференциации процесса обучения в зависимости от возможности каждого школьника. Следует учитывать, что способность к преодолению нагрузок у детей еще не полностью закреплена, и необходимо избегать перенапряжений.

Распределение руководящих и подчиненных функций у школьников в пионерской организации, а также выполнение различных заданий по режиму дня, основанное на соблюдении правил гигиены и дисциплины, используются как важнейший элемент для перевоспитания детей.

Упомянем особо такие методы, как поощрение и похвала, создание положительных мотивов и тактичная помощь в преодолении трудных ситуаций.

Эта фаза занимает большую часть курса лечения. Она преобладает во время пребывания детей в школах для замещающихся. Собственно говоря, конечные цели этой фазы достигаются после успешного окончания 1-го или 2-го классов такой школы. Занкание устранено, дети демонстрируют в своих поступках и переживаниях социально адекватное поведение.

Wegner называет еще **реабилитационную фазу**. Он помещает под ней следующее: несмотря на все усилия, пере-

воспитание может в том или ином аспекте не достичь своей цели. Бывают остаточные симптомы, устойчивые к терапии, которые должны быть осознаны. Заканьющегося знакомят с правилами поведения, которым он должен следовать, если эти симптомы будут усиливаться и мешать ему в социальной деятельности. Эти правила помогут избежать трудных ситуаций. Если в определенных стрессовых ситуациях возникает прерывистость речи, то лица, ранее страдавшие заиканием, воспринимают ее иначе, чем люди, которые никогда не заикались. Поэтому подросткам, кончающим школу для детей с расстройствами речи, объясняют, что прерывистость речи в определенных ситуациях может появиться у каждого человека, и в этом нет ничего особенного. Если такая прерывистость появляется, то нужно реагировать на это спокойно, не пугаться. Нужно расслабиться, замедлить темп речи и говорить в подчеркнуто спокойном тоне.

Поскольку невозможно предвидеть все трудности, с которыми школьнику придется встретиться в дальнейшем, большое значение придается профилактическому направлению: оказанию логопедической помощи ранее заикающимся ученикам в массовых школах и дома.

На всех этапах следует учитывать социальные стимулы: необходимо выдвигать определенные требования, ставить нужные ограничения и давать соответствующие оценки. Наряду с этим основной целью процесса перевоспитания личности является воспитание у детей способности к правильной самооценке. Процесс перевоспитания требует определенных организационных форм, например классные занятия, пионерские сборы или игры, выполнение домашних обязанностей и т. п. Весь этот комплекс мы называем «содержанием и средствами воспитания». Все виды занятий объединяются в общем плане перевоспитания. В работе с классом или группой логопед должен, выполняя этот план, учитывать индивидуальность каждого ребенка.

Petrak (1973) пишет о своем опыте работы по перевоспитанию, что в сочетании требований, ограничений и поощрений следует видеть основной фактор перевоспитания. С помощью их индивидуального применения осуществляются отдельные фазы процесса перевоспитания. Применение требований и ограничений приводило к особенно хорошим результатам или к преодолению отставания в развитии отдельных компонентов структуры личности у младших школьников. Логопед может целенаправленно влиять на взаимоотношения ребенка с окружающей средой в

течение всего учебного года, не с помощью поощрений, а путем умелого их применения в сочетании с требованиями и ограничениями. Необходим «терапевтический» принцип оценок всего социального поведения и деятельности заикающегося. В зависимости от цели перевоспитания такая оценка на некоторых фазах должна быть для него важным критерием, причем не всегда она может быть объективной. Это, конечно, не означает, что нужно хвалить за неудачный поступок или неправильное поведение, но можно похвалить ребенка, нуждающегося в поощрении, за то, что во время игры он вел себя как хороший товарищ, хотя вследствие своей моторной возбудимости он и доставлял некоторое беспокойство.

Ситуация и отдельные мероприятия, которые могут быть с наибольшим успехом использованы для осуществления терапевтических целей, в конечном счете определяют методику, применяемую для перевоспитания в каждом конкретном случае. При этом необходимо учитывать интересы и так называемые сильные и слабые стороны личности.

Покажем на примере применение «терапевтических» мер на протяжении всех последовательных фаз перевоспитания.

Учащийся Ш. Ф., к началу учебного года возраст 6½ лет.

Фаза расслабления

Влияние на самооценку. Постепенное повышение самооценки путем показа успехов в коллективе. Сильное честолюбие следует рассматривать как компенсаторное за недостаточное признание успехов, поэтому не нужно поддерживать одностороннее стремление к успеху.

Стиль руководства. Демократический, ребенок во многом предоставлен самому себе; поощрение тенденции к завоеванию признания; Ф. должен наверстать фазу признания успехов.

Требования. Не ставить высоких требований в интеллектуальной области и не поощрять стремления к достижению наивысших успехов. Предоставлять Ф. возможность принимать самостоятельные решения; разрешать самому выбирать обязанности.

Ограничения. Избегать больших ограничений, оставлять много свободного времени, добиваясь таким образом общей социальной активности. Не обращать внимания на стремление во что бы то ни стало добиться успеха и признания, иногда хитростью. На слезы не обращать внимания, не показывать сочувствия, не жалеть!

Оценка. Меньше ставить отметок; хвалить за товарищеское поведение в играх, например за готовность помочь, за смелость, а также за те достижения, которые лишь соответствуют возрасту. Время от времени записывать поощрения в тетрадь, например за хорошее поведение в игре, но не за хорошие отметки.

Содержание и средства воспитания. Спорт: сначала во многом помогать, например преодолеть страх; хвалить за смелость! На этой фазе не мешать дружбе с Г. (интеллектуально отсталым ре-

бенком), Ф. может помогать ему. Игры и занятия: рисование, лепка, игра в песок.

Фаза разрядки

Влияние на самооценку. Самооценка повысилась, тем не менее необходимо ее дальнейшее повышение; подходящая общественная функция — быть членом совета группы. Ф. должен стать еще более уверенным в себе.

Стиль руководства. Демократический до невмешательства; ввести Ф. в совет группы, но не требовать от него образцового поведения.

Требования. По-прежнему мало обращать внимания на успехи в интеллектуальных областях; стремиться к переориентировке интересов от интеллектуальных к социальным. Давать задания по наблюдению и контролю за другими. Повысить требования к самостоятельности (например, предложить самостоятельно ходить в школу).

Ограничения. По-прежнему не ставить много ограничений, когда Ф. стремится к самоутверждению (например, после неудач в школе). Проявлять снисходительность к недостаточной самостоятельности.

Оценка. В школе по-прежнему ставить мало отметок, чтобы устранить завышенную требовательность к себе. Хвалить за смелость, самоутверждение, самостоятельность, иногда обращаться непосредственно к Ф.

Содержание и средства воспитательной работы. Поощрять новую дружбу с Т. (более подходящий партнер для Ф.), например, путем совместных поручений. Время от времени поручать Ф. руководство игрой в небольших группах, например при игре в кегли, в индейцев. В обучении поощрять готовность прийти на помощь.

Фаза организации

Влияние на самооценку. Повышать самооценку, особенно в области социальных взаимоотношений; достижения в интеллектуальной области для повышения самооценки использовать мало, чтобы не поощрять честолюбия.

Стиль руководства. Демократический, обращать все больше внимания на способность к подчинению руководству.

Требования. Более последовательно требовать самостоятельности; как член совета группы Ф. должен утвердиться самостоятельно.

Ограничения. При самоутверждении не ставить ограничений; однако они необходимы, если Ф. позволяет другим детям обслуживать или защищать себя, строго требовать выполнения обязанностей.

Оценка. Оценивать успеваемость все более объективно, ставить отметки. Ф. уже способен выдерживать неудачи. Он должен научиться спокойно относиться к тому, что в школе он не первый. Выполнение обязанностей оценивать объективно. По-прежнему поощрять самоутверждение похвалой.

Содержание и средства воспитания. Ф. любит плавать. Использовать уроки плавания для воспитания смелости. Давать мало возможностей играть одному, чтобы повысить контактность, поощрять коллективные игры, городки, социальная тренировка.

Реабилитационная фаза

Влияние на самооценку. Закрепить и стабилизировать самооценку. Ф. должен самоутвердиться, стать настоящим мальчиком.

Стиль руководства. Демократический. Иногда Ф. может командовать, но в целом должен подчиняться коллективу.

Требования. Ф. должен выполнять свои обязанности более старательно, сам думать об этом.

Ограничения. Средние, снисходительно относиться к отдельным шалостям.

Оценка. Объективная задача.

Содержание и средства воспитания. Выполнение поручений по дому (ходить за покупками в магазин). Ф. должен говорить ясно и медленно, не заикаясь.

Влияние на среду, окружающую школьника

Неуклонное повышение жизненного и культурного уровня в социалистическом обществе способствует проведению профилактических мероприятий всех речевых расстройств, в том числе и заикания. Однако необходимо разрабатывать всесторонние формы работы с родителями, учителями школ и воспитателями детских садов, так как число заикающихся детей все еще велико. Прежде всего требуется большая гигиеническая и педагогическая разъяснительная работа. Пока еще нет сравнительных исследований по социальному анализу семей, в которых имеются заикающиеся дети, и семей с детьми, обладающими нормальной речью. Влияние семейного окружения зависит, видимо, от конституциональных факторов самого ребенка. Иначе невозможно было бы объяснить тот факт, что в одной и той же семье при сравнительно одинаковых условиях иногда одновременно растут дети с нормальной речью и дети, страдающие речевыми расстройствами. Это станет ясно лишь тогда, когда удастся достаточно полно раскрыть многообразие взаимосвязей между эндогенными и экзогенными факторами, между личностью и окружающей ее средой. Если, однако, при анализе семейного окружения заикающегося ребенка обнаруживаются какие-либо особенности и если между средой и заиканием у ребенка существует связь, то при разработке логотерапевтических мер это необходимо учитывать. Об этом уже говорилось при перечислении медицинских мер воздействия в разделе «Работа с родителями».

Пока речь идет лишь о разъяснительной работе с родителями, задачи ее относительно ясны. Привлечение родителей к логопедическим мероприятиям, однако, составляет большие трудности. Ситуация становится очень сложной, когда родителей или других лиц, принимающих участие в воспитании ребенка, приходится убеждать в том, что они должны изменить свой образ жизни и отношение к ребенку. Само собой разумеется, что здесь невозможно даже вкратце перечислить подобные ситуации. На воспитание

ребенка могут оказывать прямое или косвенное влияние самые разнообразные стороны семейной жизни, не говоря уже о прямом воздействии методов воспитания родителей. Психологу и логопеду необходимо выявить причины диссонансов в семье, напряженности или неправильных методов воспитания. Такими причинами могут служить неудачи родителей в профессиональной области, идеологические предубеждения, плохие отношения между супругами, невежественность в вопросах педагогики и т. д. Названные причины, в которых могут скрываться и источники речевых расстройств у ребенка, показывают, что необходимость оказать влияние на социальное окружение ребенка ставит перед логопедами, психологами и врачами иногда необычайно сложные задачи. Специальных знаний в своей узкой области далеко не достаточно, чтобы справиться с ними. Существенными предпосылками для решения этих вопросов являются: жизненный опыт, политическая зрелость, тактичность в обращении с людьми и сила убеждения. Установленный во время собирания анамнеза контакт не должен прерываться, напротив, его необходимо расширять, создавая таким образом отношения доверия. Любые отклонения в поведении ребенка следует обсуждать с родителями. Поскольку дети приходят в школу обычно одни, без родителей, следует по методу Н. А. Власовой установить переписку с родителями. Надо убедить родителей в необходимости выработать правильное поведение по отношению к ребенку и терпеливо помогать им в этом. На проведении мер, которые считаются безотлагательными, надо неукоснительно настаивать. Недопустимо умаление авторитета ни одного из сотрудников. Нельзя также укорять ребенка за нежелание его родителей помогать специалистам и исключать его на этом основании из школы для детей с расстройствами речи. Если указанные меры не помогают, то следует привлечь родительский актив класса или родительский совет школы, или, наконец, в серьезных случаях — общественные организации тех учреждений и предприятий, где работают родители. Такое общественное воспитание в качестве лечебного мероприятия возможно лишь в социалистической стране, и к этому надо подходить со всей ответственностью. Действенность таких мер очень велика. Важнейшие задачи по оказанию влияния на социальную среду необходимо включить в план индивидуальных терапевтических мероприятий.

Богатый опыт работы с родителями и воспитателями накоплен Лейпцигской школой для детей с расстройствами

речи. При приеме детей в эту школу родителям посылают письмо, в котором разъясняются задачи воспитания ребенка в школе. Содержание этого письма следующее:

Дорогие родители!

Речевое нарушение (заикание), как правило, не является недугом изолированным. У детей, страдающих расстройствами речи, большей частью имеется дисгармоничное развитие всей личности, часто их развитие отстает от нормального. Характерными особенностями этих детей являются недостаточная самостоятельность, неуверенность в отношениях с другими, повышенная потребность к опеке, беспокойство, плохое приспособление к окружающей среде. Короче говоря, их речевое расстройство сочетается с нарушениями общего развития.

Поэтому мы считаем своей задачей способствовать общему развитию детей с расстройствами речи.

Работа по восстановлению нормальной речи является лишь частью наших усилий. Другую часть составляет общее воспитание, в котором должны принять участие и родители. Мы охотно окажем Вам помощь в правильном воспитании Вашего ребенка.

Для правильного воспитания необходим регулярный распорядок дня. Родители в первую очередь должны заботиться о достаточном сне своего ребенка. Шестилетним детям необходим сон в течение примерно 11 ч, дети, страдающие различными нарушениями в развитии, нуждаются иногда и в более длительном сне. Важна также регулярность в распределении часов отдыха и бодрствования. Даже такое нарушение, как более поздний отход ко сну по субботам, недопустим. Дети по возможности должны спать всегда с 19 ч до 6 ч 30 мин.

Начало дня должно быть спокойным. Лучше разбудить ребенка утром на четверть часа раньше, чем начинать день со спешки. Большое значение придается при этом утреннему завтраку.

Целью занятий в нашей школе является также регулярное соблюдение распорядка дня. Сюда относится также дневной сон.

Для правильного развития каждый ребенок нуждается в течение дня в многократной смене движений и спокойных занятий. Вам всем хорошо известны два распространенных типа детей — так называемый сорвиголова и в противоположность ему домосед. Ваш ребенок не должен быть ни тем, ни другим. Часами бегать на улице с товарищами также вредно, как и сидеть часами перед телевизором. Дети дошкольного и младшего школьного возраста (первых трех классов) могут смотреть ежедневно только передачу «Спокойной ночи, малыши» и раз или два в неделю специально предназначенные для них детские передачи. Остальное свободное время, особенно в субботу и воскресенье, следует занимать содержательными играми, иногда вместе с родителями. Рекомендуются рассматривание картинок в книгах, рассказы по этим картинкам или чтение вслух. Это успокаивает и уравнивает поведение ребенка. Мы очень рекомендуем родителям последние 10—15 мин перед тем, как ребенок заснет, провести с ним, спокойно поговорить, рассказать ему что-либо, чтобы день закончился для ребенка спокойно и хорошо.

Для развития самостоятельности Вашего ребенка необходимо, чтобы у него были какие-то определенные обязанности, которые он должен выполнять ежедневно, по возможности регулярно, например, чтобы он ежедневно чистил сам свою обувь, ходил за хлебом, выносил мусор, поливал цветы и т. п.

Детям, страдающим речевыми расстройствами, нужен хороший образец речи, т. е. важно, чтобы окружающие его люди говорили четко и ясно. Это очень помогает в восстановлении правильной речи. Нельзя заставлять повторять слова, при произнесении которых ребенок заикается. Это только способствует его неуверенности в речи. Если ребенок заикается, можно иногда спокойным тоном остановить его, попросив, чтобы он говорил медленнее.

Для родителей у нас устраиваются регулярные семинары. На этих семинарах мы сообщаем основные сведения о природе заикания. Родители должны стараться и дома поддерживать логопедические мероприятия, проводимые в школе. Родителям предоставляется также возможность посещать уроки в нашей школе. Таким образом, они могут познакомиться с практической работой логопедов и увидеть, как ведет себя их ребенок в классе.

Мы будем Вашими верными помощниками и не сомневайтесь, что при таких условиях мы в конце концов добьемся у Вашего ребенка полного прекращения заикания».

Психолог и логопед проводят с родителями индивидуальные собеседования.

Обобщение данных анамнеза и диагноз дают основание для разъяснения родителям поведения их ребенка и сознательного применения различных мер воспитания. Требования, выдвигаемые школой, должны считаться обязательными и приниматься родителями за основу. Необходим контроль за выполнением обязательств, данных родителями, чтобы иметь возможность следить за успехами в развитии ребенка и определять на этом основании последующие задачи. Логопедические мероприятия, проводимые в школе, должны быть согласованы с воспитанием ребенка в семье.

Комплексный метод в условиях логопедического детского санатория

Практика показала, что, несмотря на относительно раннее выявление заикания и оказание логопедической помощи заикающимся детям в специальных детских садах и младших классах школ для детей с расстройствами речи, некоторый процент детей, страдающих заиканием, остается нереабилитированным. Мы придерживаемся мнения, что для таких детей медико-педагогические условия детских садов и специальных школ с расстройствами речи недостаточны.

В ГДР создан детский логопедический санаторий для продолжения лечения детей в возрасте 8—10 лет с резистентными формами заикания. Основанием для организации такого санатория послужила проверенная на практике возможность объединить в комплексном методе обуче-

ние, воспитание и лечение в школах для детей с расстройствами речи с применением терапии заикания сном, разработанной в Праге Захалковой-Павловой, а также опыт клинического лечения заикания, разработанный д-ром Д. Даскаловым.

Вескер и Д. Даскалову Министерством здравоохранения ГДР была представлена возможность разработать новый терапевтический подход к лечению в условиях санатория. Проведение пробного курса лечения было поручено Stange. После успешно закончившихся контрольных испытаний детский санаторий в г. Тальхайме (Эрцгебирге) был преобразован в детский санаторий логопедического профиля. С самого начала его возглавляет Neser. Накопленный за последние 12 лет опыт работы в санатории используется для эффективной терапии заикания.

Санаторий организован по принципу интерната. Одновременно в нем находятся 36—40 детей. Благодаря этому имеется возможность личного контакта с детьми, что очень важно для всей логопедической работы. Санаторий расположен в Рудных горах, на окраине маленького городка Тальхайма. Климатические условия благоприятны, санаторий окружен лесом. Относительная изолированность и удобные средства сообщения с этим городком создают хорошие условия для работы. Тишина, окружающие санаторий сад, леса и горы — все это позволяет проводить терапию сном. В дальнейшем устанавливаются контакты со здоровыми школьниками этого городка, что необходимо для систематического увеличения речевой нагрузки. Дети обеспечиваются питанием, богатым витаминами и белками. Обстановка санатория организована так, чтобы дети чувствовали себя спокойно и хорошо.

Условия санатория позволяют проводить обучение согласно школьной программе. Санаторий возглавляют: директор-логопед, его заместитель — детский психиатр, который руководит всей лечебной работой. Учителя, воспитатели и логопеды работают по специальному плану под руководством второго заместителя директора — логопеда-методиста. Технический персонал тщательно подобран, так как он тоже должен принимать участие в перевоспитании детей. Весь коллектив успешно справляется со своими задачами.

Подготовительный этап

Курс лечения продолжается примерно 10 нед. Дети каждого нового приема прибывают в санаторий из какой-

либо школы для детей с расстройствами речи. Большею частью это учащиеся 3-го класса. С ними вместе приезжает их классный руководитель — логопед. Он хорошо знает детей своего класса и может дать о них все необходимые сведения, помогающие воспитателям санатория. Таким образом, подготовка к курсу лечения начинается задолго до его начала, в школе. Уточняются анамнестические данные, проводится подробное неврологическое и психиатрическое обследование. Проверяются и заново оформляются характеристики детей.

Детей и их родителей знакомят с целью лечения и условиями его проведения. Директор санатория встречается с родителями на специальном собрании.

Этап охранительного торможения (этап спокойствия)

В этот период проводится терапия сном. Начинается он на 2-й день после приезда детей, после того, как они ознакомятся с окружающей их обстановкой. Терапия сном необходима для приведения детей в спокойное состояние и для выработки защитного торможения. Этот период длится 7 дней. В течение этого времени дети не разговаривают. Этап терапии сном подразделяется на две фазы. Первая продолжается около 3, вторая — около 4 дней. В первой фазе все время, кроме еды и необходимых гигиенических мероприятий, уделяется сну, во второй — время сна постепенно сокращается. Промежутки между сном заполняют гимнастическими упражнениями и пением, а также прогулками. Речь логопедов является для детей образцом. Логопеды дают детям различные указания и объяснения, а также читают им вслух. Терапия сном проводится под постоянным врачебным контролем.

Тонизирующий этап

После окончания этапа спокойствия дети постепенно приучаются к выполнению обычных требований. Общий режим на этом этапе способствует гармоничному развитию личности ребенка. Длительность этого этапа 40 дней.

Основой является соблюдение распорядка дня, обеспечивающего смену стимулирующих и расслабляющих занятий и способствующего таким образом физическому развитию ребенка. Распорядок дня следующий:

7—8 ч

8 ч — 8 ч 30 мин

8 ч 30 мин — 12 ч

12—13 ч

13 ч — 14 ч 30 мин

14 ч 30 мин — 15 ч 30 мин

15 ч 30 мин — 16 ч

16 ч — 17 ч 45 мин

17 ч 45 мин — 18 ч

18 ч — 18 ч 30 мин

18 ч 30 мин — 19 ч 30 мин

19 ч 30 мин — 20 ч

20 ч

Подъем, утренний туалет

Завтрак

Школьные занятия и логопедическая ритмика

Умывание, обед

Дневной сон

Приготовление уроков, домашних заданий, различные занятия, игры на воздухе, прогулки

Полдник

Те же занятия, что после дневного сна, включая общественно полезный труд (в саду, оранжерее, огороде и т. д.)

Умывание

Ужин

Тихие занятия, чтение

Умывание

Отход ко сну

Комплексное обучение и воспитание в принципе проводятся так же, как и в школах для детей с расстройствами речи. Это означает, что обучение по школьной программе осуществляется с применением речевых ступеней. Моторику воспитывают на занятиях логопедической ритмикой. В тонизирующий этап входят элементы как фазы разрядки, так и фазы организации. Речевые контакты детей на этом этапе ограничиваются лишь персоналом санатория.

Стимулирующий этап

На этом этапе успехи, достигнутые комплексным лечением в санатории, закрепляются, и речевая нагрузка постепенно увеличивается. Длительность его тоже 40 дней. Первой большой проверкой достигнутых успехов становится посещение санатория родителями, которое проводится один раз за весь курс лечения. Сначала дети дают небольшое представление в виде утренника, затем дети вместе с родителями гуляют в окрестностях санатория. Прогулка должна сделать встречу с родителями более содержательной и отвлечь внимание детей и родителей от предстоящей разлуки. В зависимости от того, как дети реагируют на такую встречу, расширение их социальных контактов проводится в более быстром или более медленном темпе. Для этого детям дают различные поручения в городке.

В конце этого этапа дети посещают занятия в политехнической школе г. Тальхайма и устраивают с пионерами этой школы совместные сборы.

Обучение проводится согласно учебному плану. Целью этого этапа является выработка плавной речи и нормального адекватного социального поведения детей.

Этап адаптации

Во время пребывания детей в санатории их родителям объясняют, каким образом они должны подготовиться к возвращению детей домой. Классные руководители школ, в которых дети будут учиться после возвращения из санатория, также уведомляются об этом. Им сообщают сведения о сущности заикания, дают личную характеристику школьника, а также рекомендации по поводу того, каким образом школьный руководитель должен способствовать интеграции ребенка в классе, по его дальнейшему воспитанию и обучению.

Как правило, логопеды, сопровождавшие детей в санаторий, некоторое время продолжают наблюдать детей, прошедших курс санаторного лечения. Они посещают семью ребенка и школу, в которой он учится, следят за его успехами. Если встречаются какие-то трудности, то логопеды тут же приходят на помощь. Если появляются отдельные симптомы, угрожающие возникновению рецидива заикания, применяют элементы так называемой реабилитационной фазы по Вернеру. В целом задачей этапа адаптации является интеграция ребенка в семье, классе и предупреждение рецидивов.

Курс лечения в санатории представляет собой единство различных связанных друг с другом этапов, а также медицинских и логопедических мероприятий. В центре медицинских воздействий стоят терапия сном и укрепление физического здоровья ребенка. Основной задачей логопедических мероприятий является перевоспитание личности заикающегося ребенка. Главную роль в этом играет процесс обучения.

Не всегда педагоги школы находят правильный подход, в особенности в тех случаях, когда в карте обследования в графе о состоянии речи имеются указания на остаточные явления заикания.

Если логопеду не удастся лично бывать в классе на школьных занятиях (хотя это крайне желательно), то устанавливается письменная связь, из логопедического санатория или из речевой школы логопеды обращаются к педагогу школы со следующим письмом.

Обращение к педагогам младших классов в тех случаях, когда к ним поступает ребенок, лечившийся в дошкольном возрасте от заикания

Поступление детей в школу является большим событием в их жизни. Переход из небольшого коллектива детского сада или санатория в большой коллектив школы для наших детей, которые лечились от заикания в специальных небольших коллективах, будет несколько труднее, так как заикание у него (имя и фамилия школьника) не совсем еще вылечено и он будет посещать 3 раза в неделю, после школы, занятия с логопедом.

Мы обращаемся к Вам, тов. (имя и фамилия школьного педагога) со следующими просьбами:

1. Ободрить ребенка при его поступлении в большой коллектив класса.

2. Если Вы услышите насмешки и передразнивание его заикания, пожалуйста, остановите детей.

3. По возможности, первое время, вызывайте его тогда, когда он поднимает руку.

4. Вначале пусть он отвечает с места.

5. Первое время не требуйте от него больших развернутых ответов, пусть вначале его ответы будут короткими.

6. Пожалуйста, при случае похвалите его за хороший ответ.

7. Пожалуйста, помогите ему установить контакт с товарищами.

8. После того, как контакт с ним установлен и Вы увидите, что он привык к коллективу, обращайтесь с ним, как со всеми, пусть он не чувствует, что его выделяют.

9. Пожалуйста, не давайте ему отвечать письменно на устные вопросы, это очень травмирует наших детей.

Логопед (специального логопедического детского сада или логопедического санатория) .

Подпись.

Глава 7

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАИКАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Методика и материал исследования

Исследование проводилось в логопедическом детском санатории г. Тальхайма в Эрцгебирге. Наблюдались дети трех смен, лечившиеся в санатории: а) с сентября по декабрь 1973 г. ($n=37$), б) с января по апрель 1974 г. ($n=27$), в) с января по апрель 1975 г. ($n=35$). Всего обследовано 99 заикающихся в возрасте от 8 лет 3 мес до 11 лет 6 мес — ученики 3 класса. До санатория дети посещали логопедические школы Магдебурга, Дрездена, Берлина. Из-за значительной резистентности к терапии заикания они были отобраны для санаторного лечения. Для проведения логопедической работы в санатории при-

влекались учителя-логопеды школ, в которых учились эти дети до санатория.

Целью комплексных наблюдений было получение дифференциально-диагностических данных в условиях санаторного лечения, а также регистрация исходного состояния и динамики заикания в наблюдаемых группах для оценки эффективности используемых методик в целях дальнейшего их расширения и совершенствования.

В основу были положены следующие данные:

— медицинские — анализ истории болезни из лечебного учреждения по месту жительства ребенка;

— результаты терапевтического и неврологического обследований, данные электрофизиологического обследования (ЭЭГ);

— психолого-педагогические и экспериментально-психологические авторские исследования до и после лечения в санатории.

Экспериментально-психологические исследования включали: координационный тест (КТ-72) для оценки сенсометрических показателей, особенностей личности и ее функциональных возможностей; оценку по специально разработанной шкале, состоящей из 8 аспектов, дополняемой наблюдениями учителей и родителей, а также оценками школьной успеваемости, стандартизированными с учетом возраста и процесса обучения; логопедические данные обследования и заключение логопеда, включая характеристику достигнутой речевой ступени.

Результаты исследования

Из всех полученных данных исследования выделены наиболее информативные показатели по следующим параметрам — влияние пола и возраста, состояния ЦНС (наличие или отсутствие органического поражения ЦНС), наследственных факторов (выраженная наследственная отягощенность, незначительная, невыраженная), факторов окружающей среды, состояние интеллекта.

Зависимость заикания от пола ребенка

В исследованной группе (ИГ) преобладали мальчики в соотношении 71% к 29% (рис. 9), что соответствует ранее опубликованным статистическим данным. Поскольку среди резистентных к терапии заикающихся преобладают мальчики, то нельзя ли объяснить эту резистентность

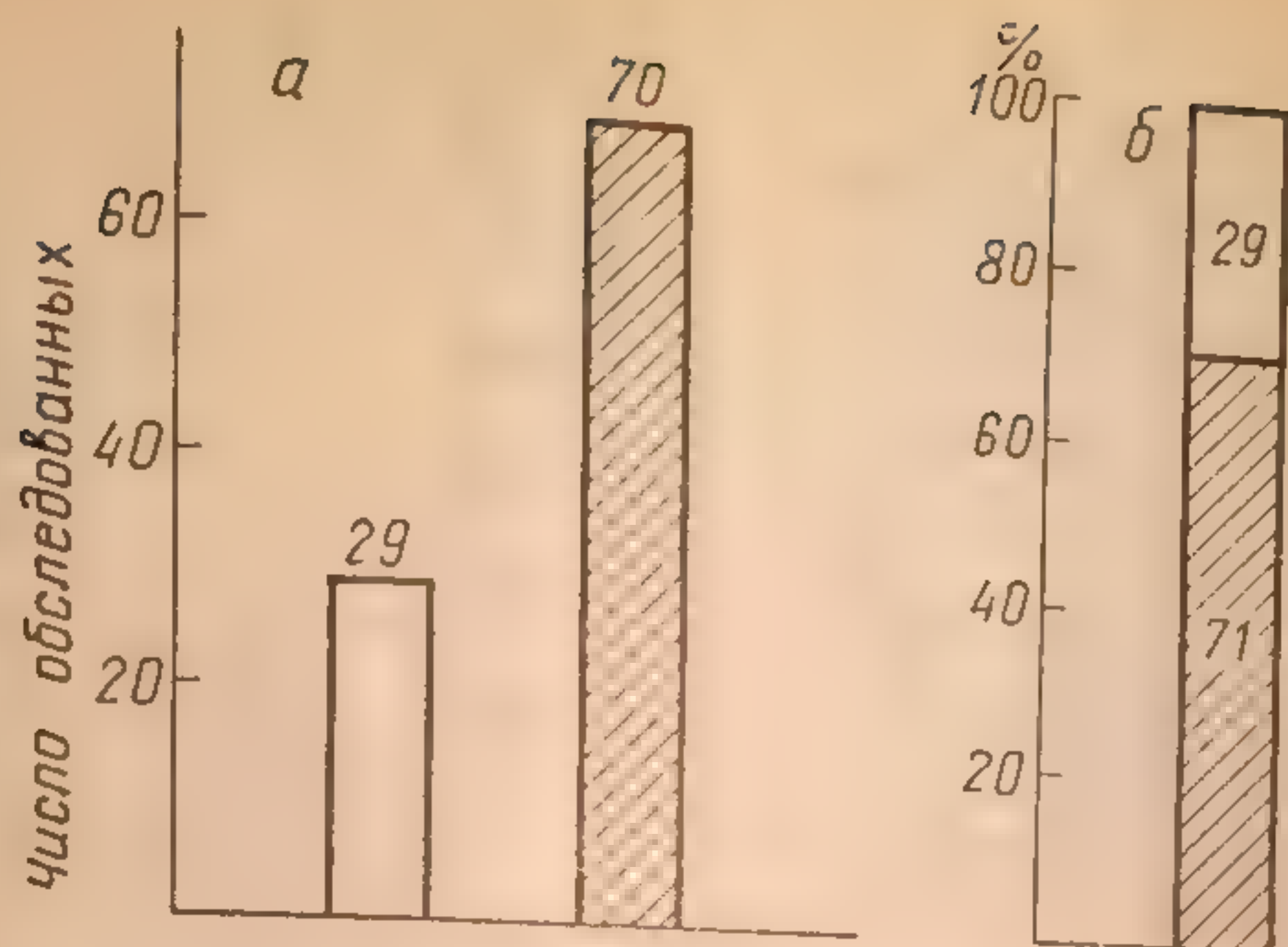


Рис. 9. Распределение детей исследуемой группы (ИГ) по полу с преобладанием мальчиков (7:3).

а — абсолютные показатели; б — относительные показатели; заштрихованные столбики — мальчики, светлые — девочки.

фактором пола? В имеющейся литературе ответа на этот вопрос нет, хотя для дифференцированной оценки значения фактора пола в течение заикания это представляется очень важным.

Степень заикания оценивалась логопедом по 9 функциональным речевым ступеням [Becker, Suhgweir, 1962]. При такой оценке уровень речевой ступени и степень

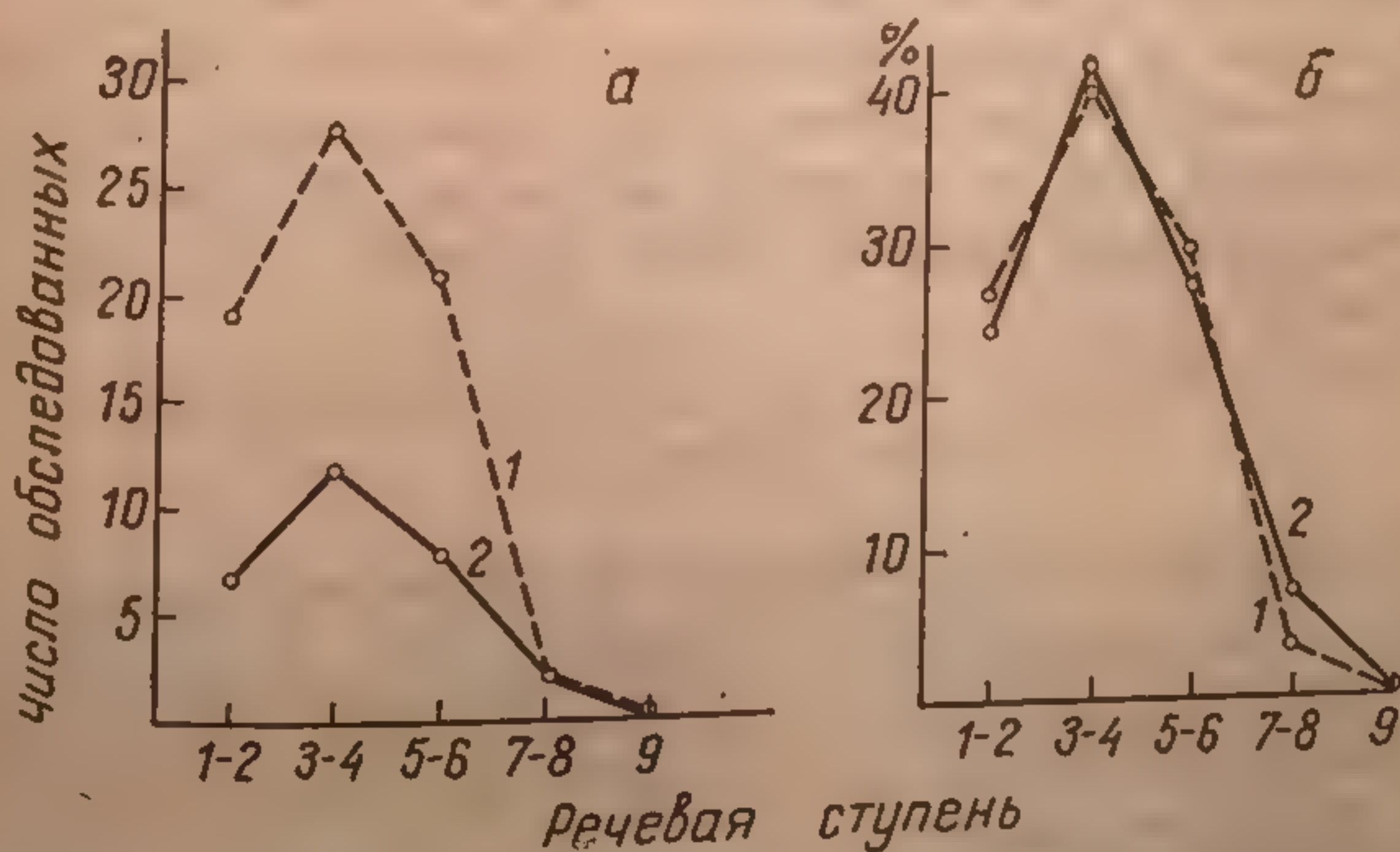


Рис. 10. Распределение обследованных по степени выраженности симптомов (или речевым ступеням) в начале лечения. Абсолютные (а) и относительные (б) показатели с одинаковым распределением между мальчиками и девочками.

Пунктирные линии — мальчики; сплошные — девочки.

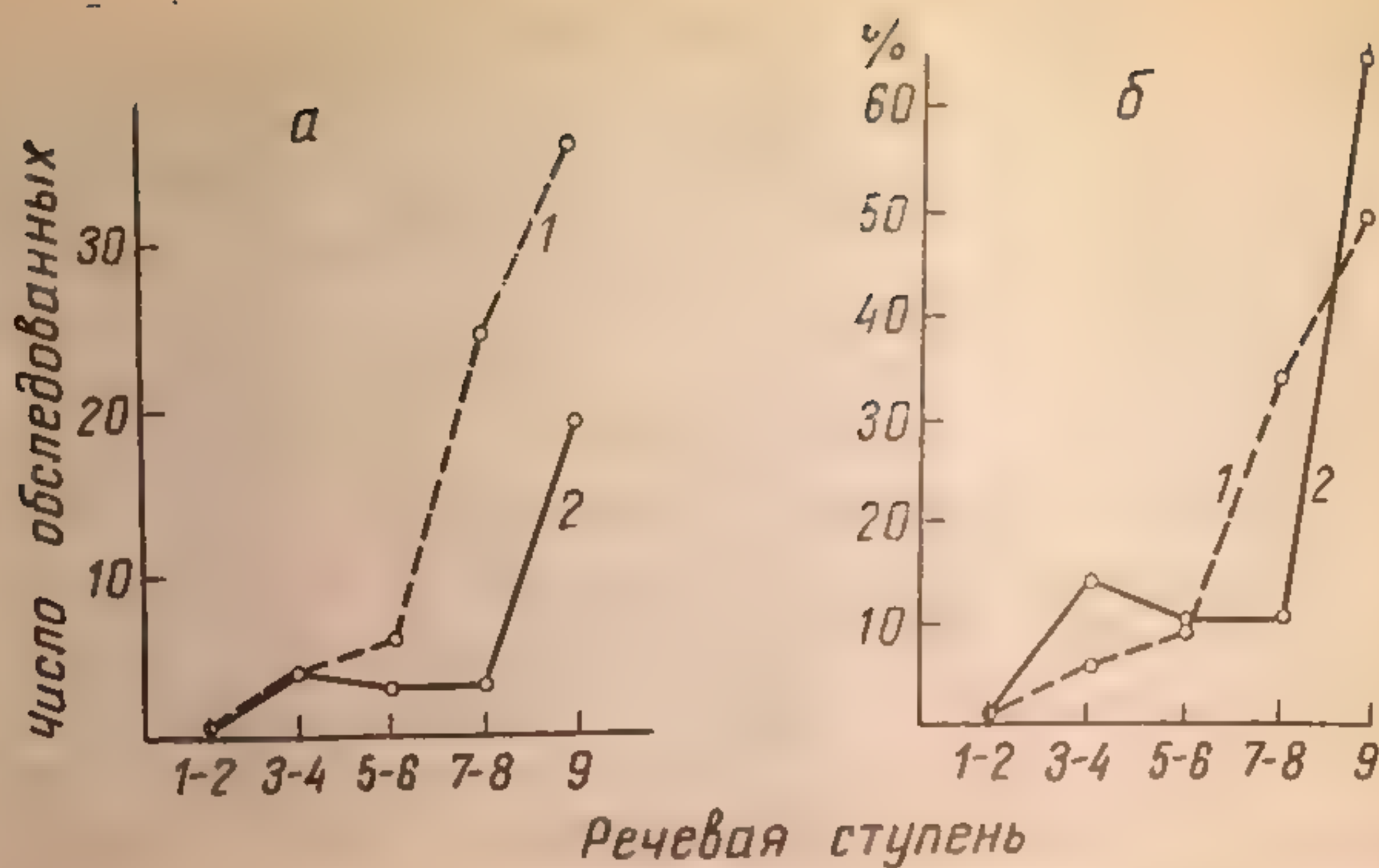


Рис. 11. Распределение обследованных по степени выраженности симптомов (или речевым ступеням) в конце лечения. Абсолютные (а) и относительные (б) показатели с одинаковым распределением величин между мальчиками и девочками.

Пунктирные линии — мальчики; сплошные — девочки.

заикания находились в обратной зависимости — при выявлении низкой речевой ступени (например, 2-й — отраженная речь) степень заикания была высокой, и наоборот, при определении высокой речевой ступени (например, 8-й — плавная речь в тематической беседе) заикание выражено незначительно.

В настоящем исследовании мы не обнаружили связи между полом и выраженностью заикания. При недифференцированном сравнении групп мальчиков и девочек, как в начале, так и в конце лечения, степень заикания оказалась не зависящей от пола ребенка (рис. 10, 11).

Зависимость заикания от школьного возраста

ИГ состояла из 71 ребенка соответствующего, адекватного хронологического и школьного возраста (от 8 лет 3 мес до 9 лет 6 мес — группа адекватного возраста и 28 учеников в возрасте от 9 лет 3 мес до 11 лет 6 мес — группа «переростков»).

Распределение по полу в обеих возрастных группах было таким же, как и в общей группе — около 7:3 (рис. 12). Различия были выявлены при оценке степени заикания в зависимости от этапа стационарного лечения. Обследуемые группы «переростков» как в начале (рис.

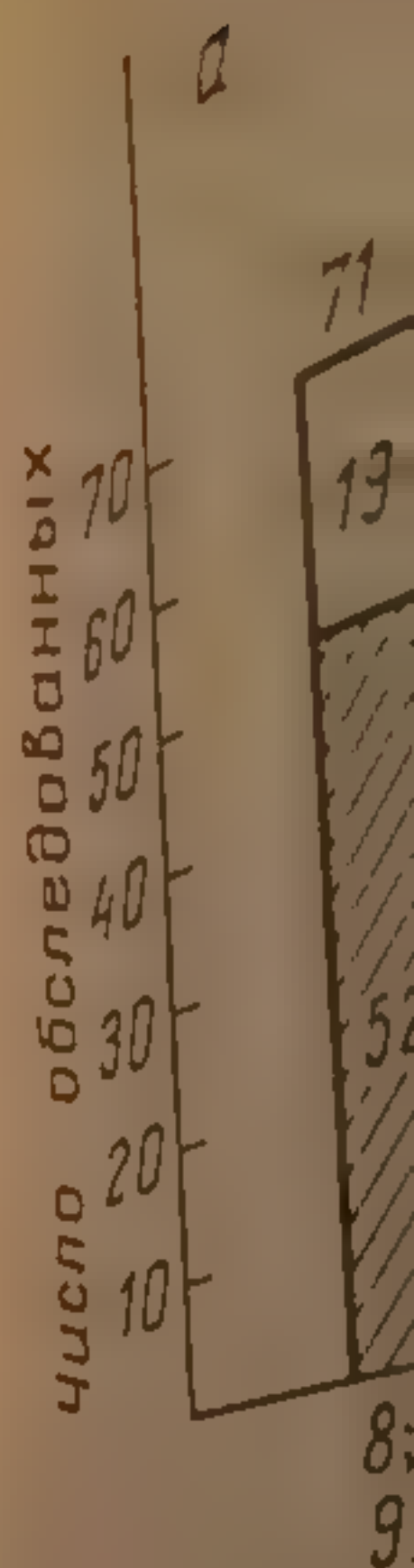


Рис. 12. В — абсолютные показатели, заштрихованные — относительные.

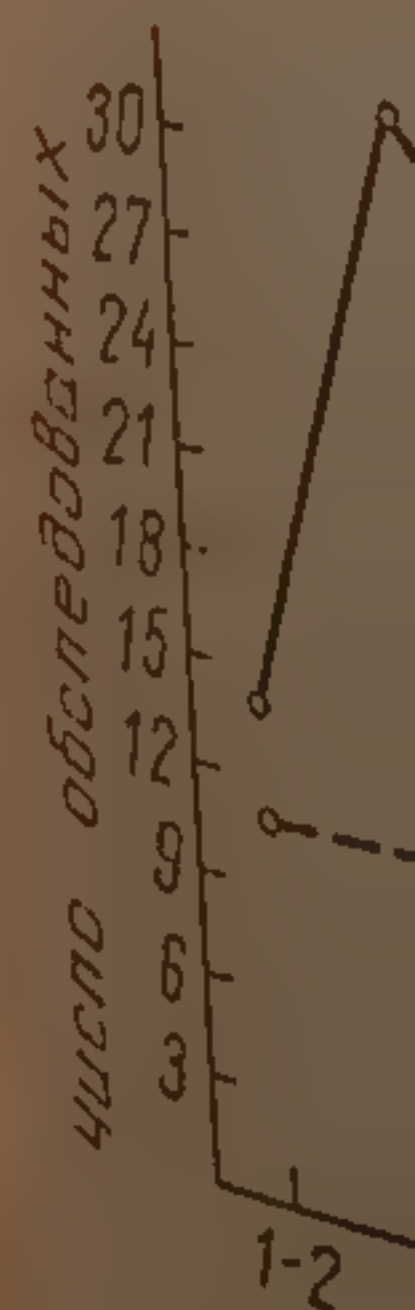


Рис. 13. Зависимость степени заикания от школьного возраста. а — абсолютные показатели; пунктирные — относительные.

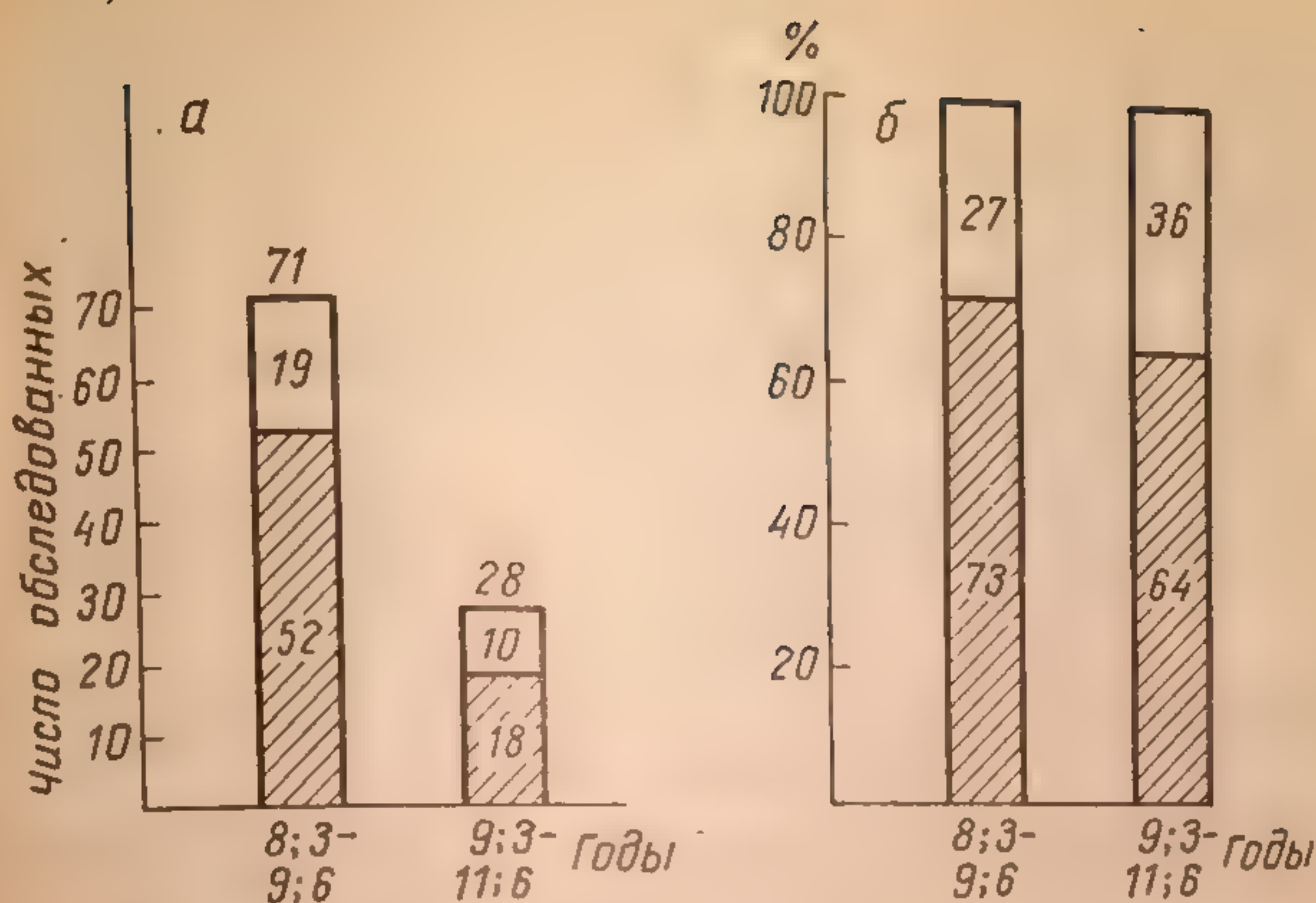


Рис. 12. Возрастной состав ИГ с разделением по полу.

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей, заштрихованные прямоугольники — мальчики, светлые — девочки.

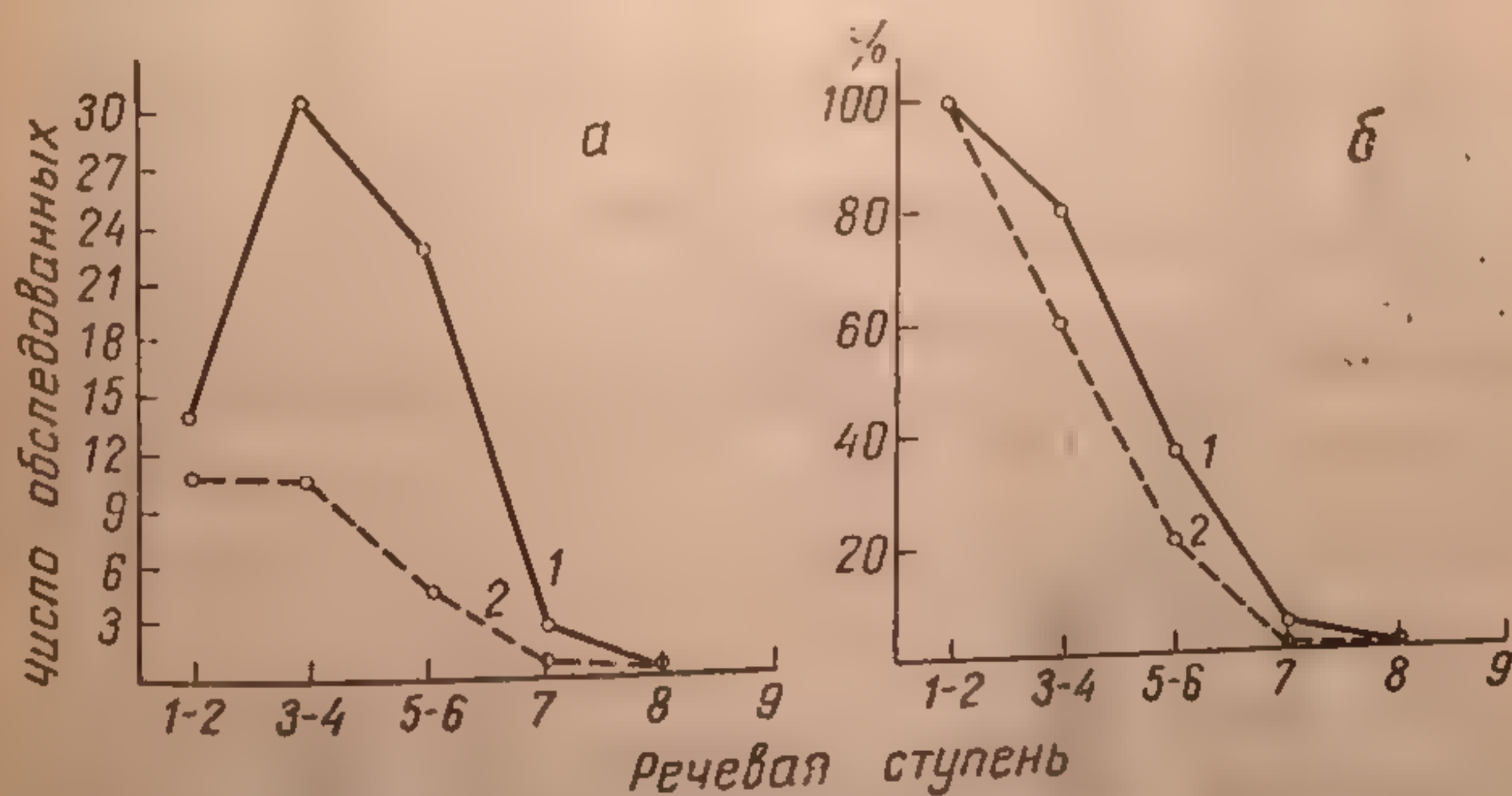


Рис. 13. Зависимость ступеней от школьного возраста в начале стационарного лечения.

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей; пунктирная линия — речевая ступень группы переростков; сплошная — незначительно ниже уровня группы детей адекватного возраста.

13), так и в конце лечения (рис. 14) находились на более низкой речевой ступени, чем таковые в группе адекватного возраста. Однако статистически достоверны только результаты в конце лечения. На этом этапе анализа остается открытым вопрос об истинной причине этих раз-

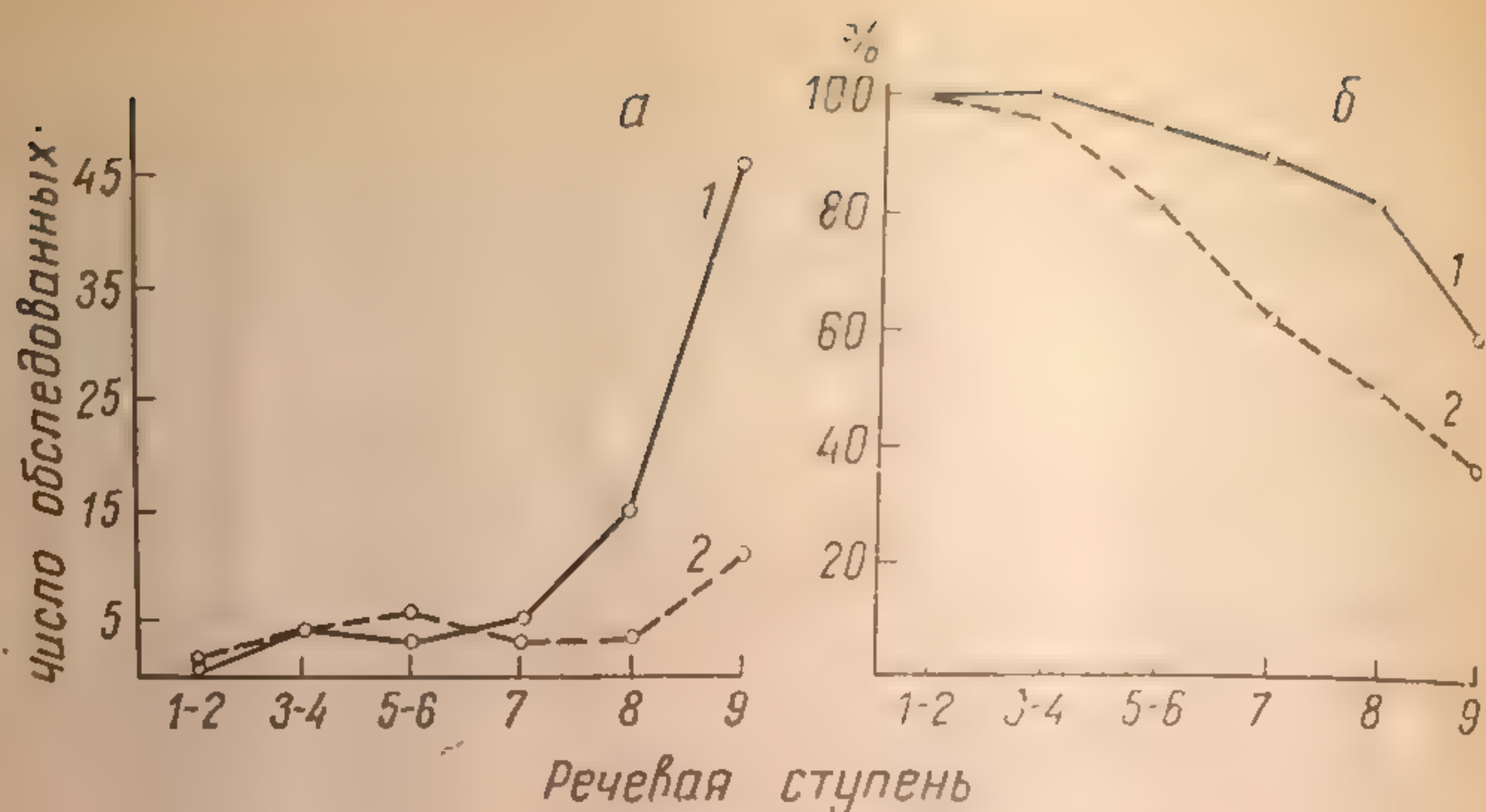


Рис. 14. Зависимость речевых ступеней от школьного возраста в конце стационарного лечения.

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей; пунктирная линия — заметно худший разговорный уровень в группе переростков по сравнению с группой детей адекватного возраста (сплошная линия).

личий: не связана ли значительно более выраженная симптоматика заикания учеников группы «переростков» с их несоответствующим классу обучения возрастом?

Зависимость заикания от состояния ЦНС

В ИГ была значительная доля детей с легкими резидуально-органическими нарушениями ЦНС, подтвержденными данными неврологического, терапевтического и экспериментально-психологического обследования (включая данные ЭЭГ) (рис. 15). Из 99 детей у 56 были явные

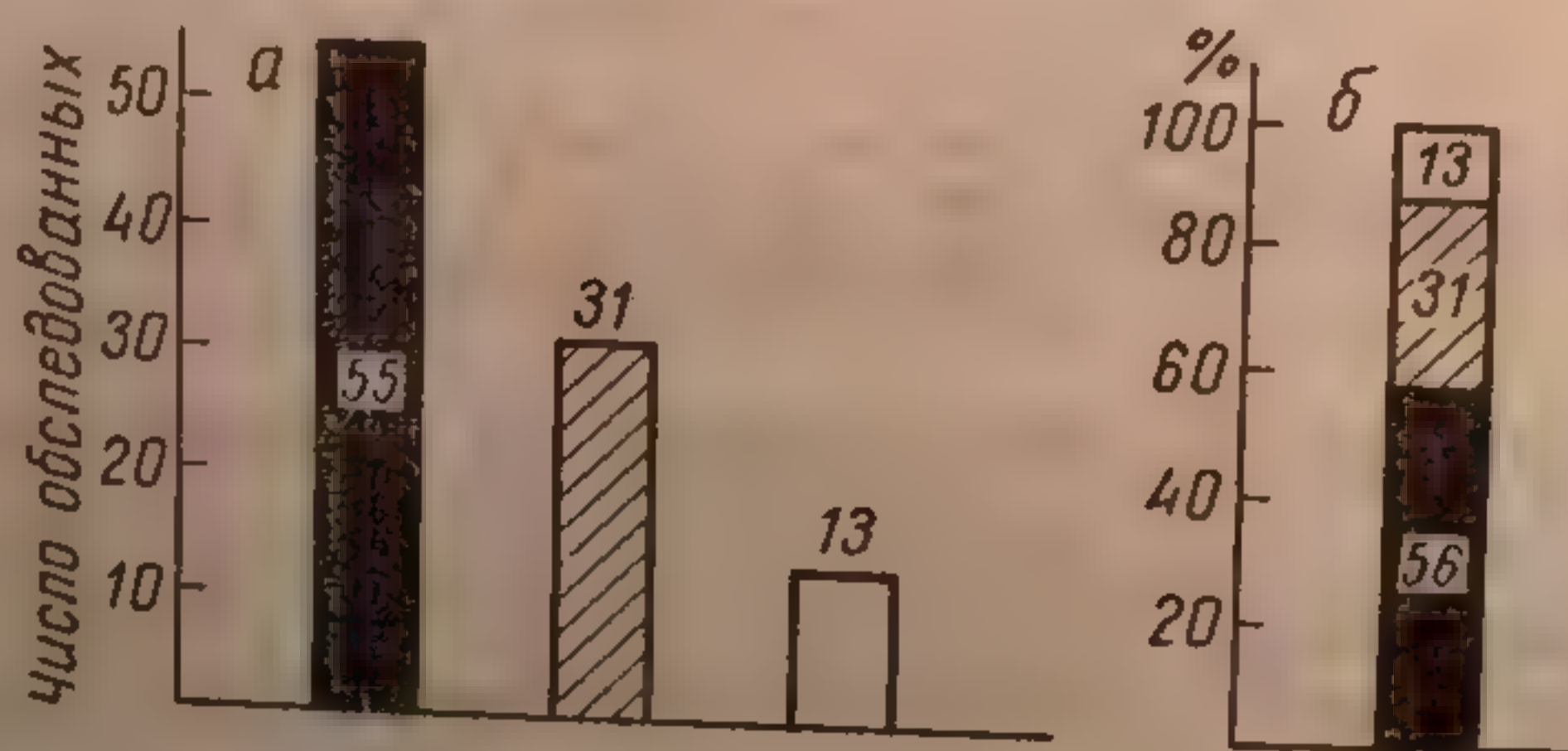


Рис. 15. Распределение больных с органическими (черные прямоугольники), пограничными (заштрихованные прямоугольники) и невротическими (светлые прямоугольники) нарушениями ЦНС в ИГ.

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей.

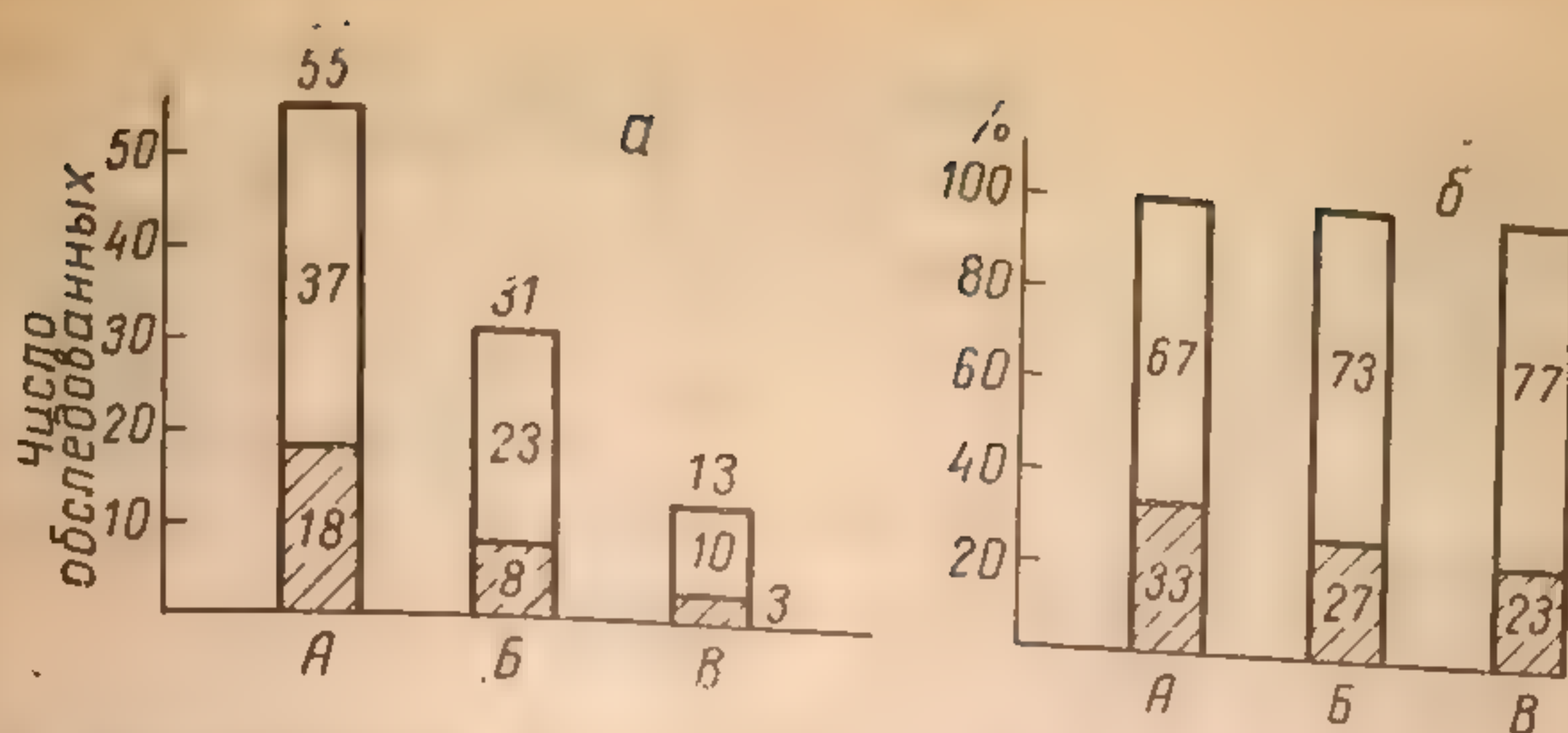


Рис. 16. Распределение мальчиков (светлые прямоугольники) и девочек (заштрихованные прямоугольники) в отдельных группах, сформированных с учетом состояния ЦНС (n=99).

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей; А — органические нарушения ЦНС; Б — пограничные нарушения ЦНС; В — невротические нарушения ЦНС.

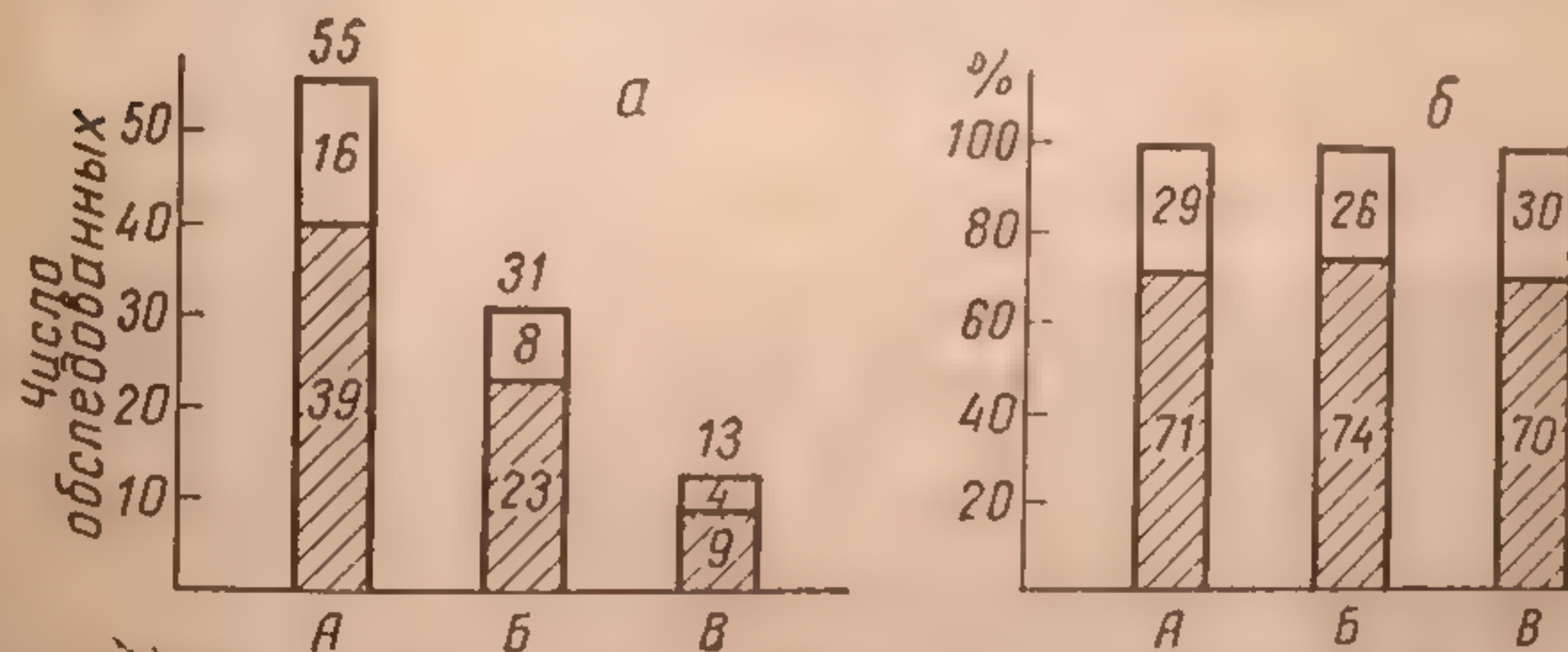


Рис. 17. Распределение групп, сформированных с учетом состояния ЦНС в зависимости от школьного возраста.

а — абсолютные показатели; б — относительное распределение абсолютных показателей; А — органические нарушения ЦНС; Б — пограничные нарушения ЦНС; В — невротические нарушения ЦНС; светлые прямоугольники — группа переростков; заштрихованные прямоугольники — группа детей адекватного возраста.

признаки резидуально-органического поражения ЦНС, у 31 ребенка эти нарушения были менее выражены, и у 13 детей признаков органического поражения ЦНС не выявлено. По данным Göllnitz (1968) [см. Göllnitz, Meger, Probs, 1975], понятие «поражение мозга» является собирательным и включает ряд неоднородных по этиологии, времени и патологоанатомическому субстрату поражений ЦНС, при этом неврологические и психопатологические расстройства, связанные с поражением ЦНС, обобщены собирательным понятием «энцефалопатия». Под поражением ЦНС в раннем детском возрасте подразумевается повреждение мозга ребенка во внутриутроб-

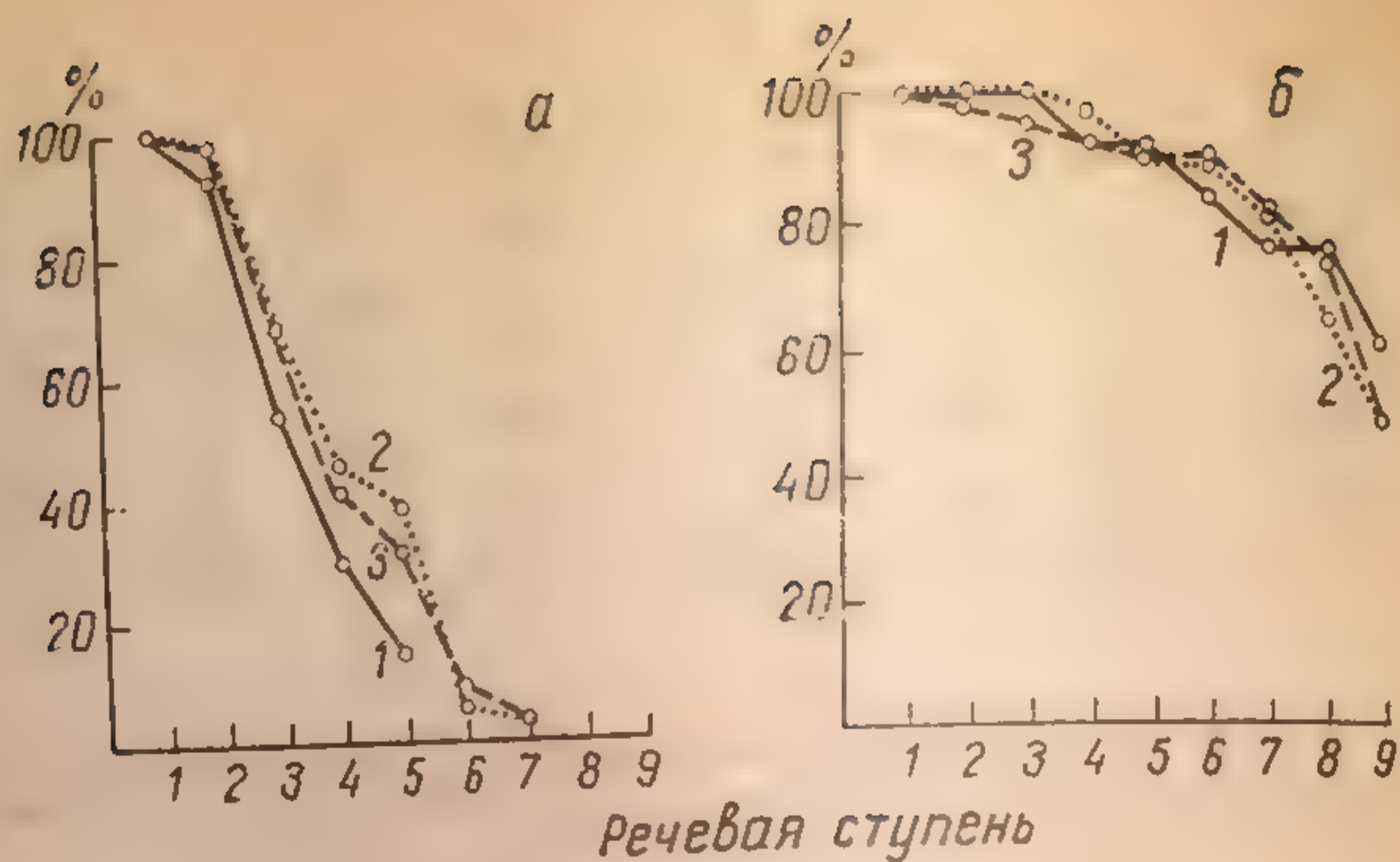


Рис. 18. Относительная зависимость речевых ступеней от состояния ЦНС. а — в начале лечения дети, страдающие неврозом (1), заикались значительно сильнее, чем дети с пограничными (2) и органическими (3) нарушениями ЦНС ($n=99$); б — в конце лечения в стационаре степень выраженности симптомов заикания в трех группах, сформированных в зависимости от состояния ЦНС, была статистически одинакова ($n=99$).

ном и раннем постнатальном периоде развития. Под легкой степенью поражения понимают повреждение ЦНС без грубых двигательных и интеллектуальных нарушений, но с более или менее уловимыми неврологическими и психопатологическим признаками.

Естественно возникает вопрос о роли резидуально-органических нарушений ЦНС в резистентных к терапии случаях заикания. В литературе по изучению роли мозговых нарушений при заикании отсутствуют статистически обработанные данные, не учитываются также и личностные особенности заикающихся. Так, у многих заикающихся отмечаются те или иные мозговые нарушения, и, согласно данным литературы, такие случаи более резистентны к терапии; фактору повреждения мозга придается более весомое патогенетическое значение, чем функциональным компонентам.

Анализ соотношения полученных нами данных дал следующие результаты.

Мозговые нарушения — пол (рис. 16, а, б). Процент заикающихся с органическими и невротическими расстройствами среди мальчиков и девочек оказался практически одинаковым (рис. 16, б). Достоверных различий частоты мозговых нарушений в зависимости от пола не получено.

Мозговые нарушения—школьный возраст (рис. 17, а, б). Этот анализ также не выявляет достоверного различия в возрастных классах. Больные с органическими и невротическими расстройствами встречались одинаково часто как в группе школьников адекватного возраста, так и среди переростков.

Мозговые нарушения — динамика течения заикания на основе анализа речевых ступеней. При анализе речевых ступеней в динамике, с учетом показателей в начале и в конце лечения, получены следующие данные — в начале лечения больные с невротическими расстройствами заикались сильнее, чем больные с органическими нарушениями (различия статистически достоверно) (рис. 18, а). В конце лечения эти различия сглаживались. Степень успехов и неудач во всех группах оказалась одинаковой (рис. 18, б). Для того чтобы избежать ошибок в трактовке фактов, необходим углубленный анализ. Для этого предпринято дополнительное распределение обследуемых больных по возрасту и состоянию интеллекта. Это привело к новой группировке и позволило сделать заключение, что резистентность к терапии заикания, по-видимому, связана главным образом с другими факторами, но не с наличием органического поражения мозга.

Мозговые нарушения — динамика течения заикания на основе анализа речевых ступеней с учетом пола и возраста. Первый предварительный анализ по указанным факторам показал, что степень выраженности заикания в начале лечения (рис. 19, а) была одинаковой как у больных с органическими нарушениями ЦНС, так и у больных с невротическими расстройствами, вне зависимости от пола и возраста. Исключение составили 4 переростка с невротическими нарушениями (из общего количества 13), у которых отмечались достоверно более низкие речевые ступени (см. рис. 19, а). В процессе лечения выявилась более выраженная динамика проявления симптомов, а именно, наблюдалась обратно пропорциональная тяжесть их проявления в зависимости от соответствия хронологического возраста школьному и наличия органического поражения ЦНС. Так, в конце лечения дети «переростки» находились на более низких речевых ступенях, чем дети группы адекватного возраста (рис. 19, б). Различия отмечались во всех группах, сформированных на основании неврологических данных, и в 2 группах — по фактору пола, однако с положительным исключением: больные с невротическими расстройствами

в группе адекватного возраста поддавались лечению значительно лучше, чем больные того же возраста с органическим поражением ЦНС. Это можно объяснить следующим образом: во-первых, заикание усложняет и отягощает адаптацию к учебе и жизни вследствие хронического течения; во-вторых, варианты хронического течения тесно связаны с изменениями ЦНС; и в-третьих, хроническое течение как доминирующий вариант проявляется лишь в процессе стационарного лечения и значительно снижает его эффективность.

Мозговые нарушения — динамика течения заикания с учетом речевых ступеней и интеллекта. При исследовании корреляции между личностными особенностями заикающихся и степенью заикания мы ограничились только изучением влияния интеллектуальных особенностей. В литературе нет единого мнения о причинной связи подобного рода. Некоторые авторы утверждают наличие такой связи, подтверждая свои выводы отдельными наблюдениями или небольшим групповым статистическим сравнением без исчерпывающего количественного анализа. Данные нашего исследования показывают, что корреляция между тяжестью заикания и интеллектуальными способностями отсутствует.

Понятие «интеллектуальная способность» использовалась нами в соответствии с определением Kossakowski. Под интеллектуальной способностью понимается умение мыслить в данный момент, а также возможность дальнейшего развития этого умения.

В нашем исследовании определение интеллектуальных способностей включало:

- данные психологического обследования с определением средних показателей IQ; исследование проводилось при направлении больных в санаторий;

- данные психологического обследования личности в динамике (в начале и в конце пребывания в санатории);

- динамическую педагогическую оценку учителем по шкале речевых ступеней с учетом обучаемости, возраста и школьных оценок;

- динамическую оценку развития со слов родителей.

Результаты нашего исследования согласуются с литературными данными и подтверждают одинаковое интеллектуальное развитие как заикающихся, так и не заикающихся детей (рис. 20). Однако без дифференцированной проверки результатов исследования преждевременно делать вывод, что интеллектуальный уровень не имеет зна-

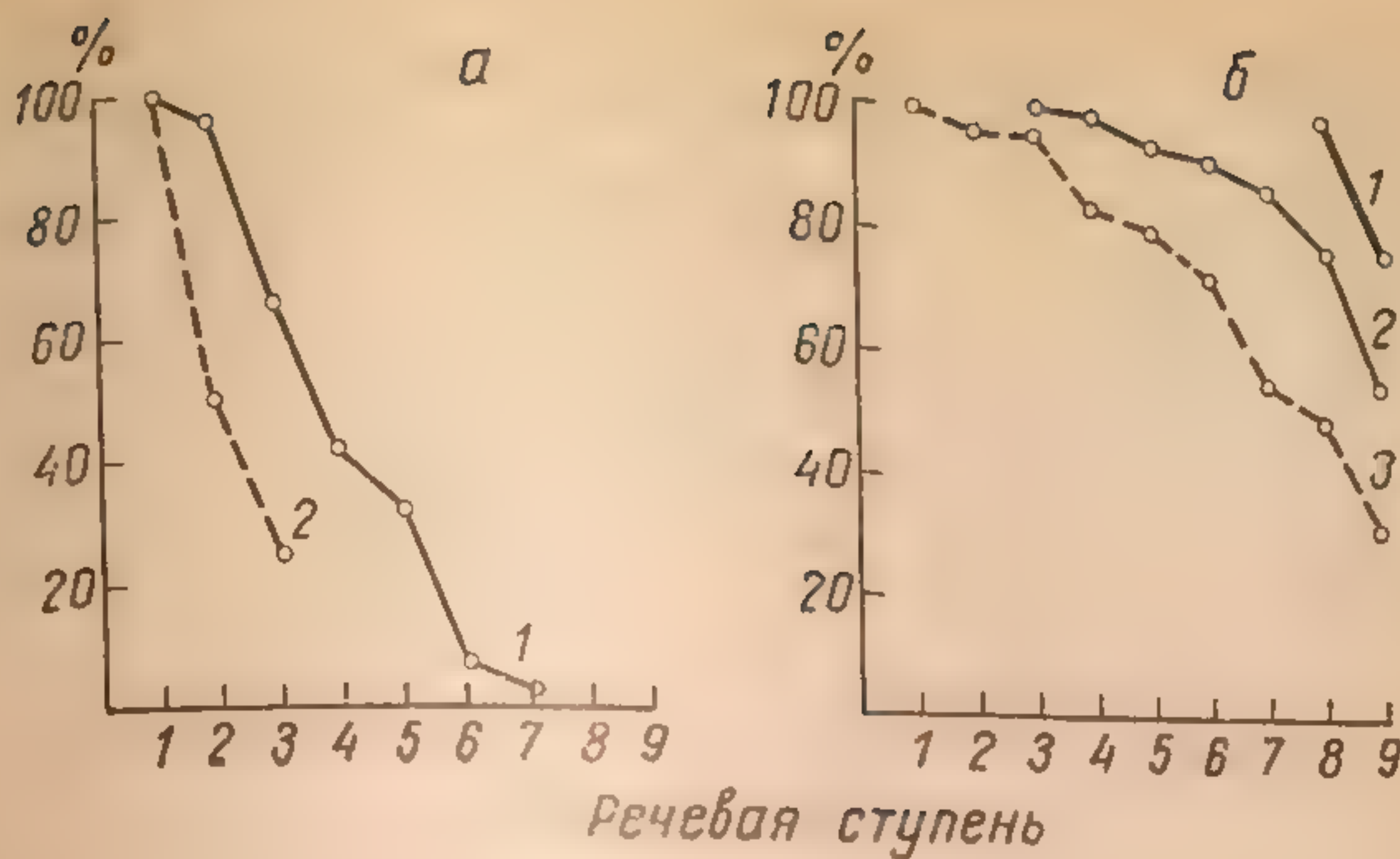


Рис. 19. Относительная зависимость речевой ступени от состояния ЦНС с учетом пола и возраста.

а — в начале лечения распределение довольно недифференцировано; 1 — группа детей адекватного возраста и группа переростков (мальчики и девочки) с органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС ($n=95$); 2—4 — переростки (мальчики и девочки) с невротическими нарушениями ЦНС; б — в конце лечения отмечается значительное дифференцирование степени симптомов и обратно пропорциональная зависимость от школьного возраста и состояния ЦНС ($n=99$): 1 — группа обследованных адекватного возраста с невротическими нарушениями ЦНС (мальчики и девочки) ($n=9$); 2 — группа детей адекватного возраста с органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС (мальчики и девочки) ($n=62$); 3 — группа переростков с органическими, пограничными и невротическими поражениями ЦНС (мальчики и девочки) ($n=28$).

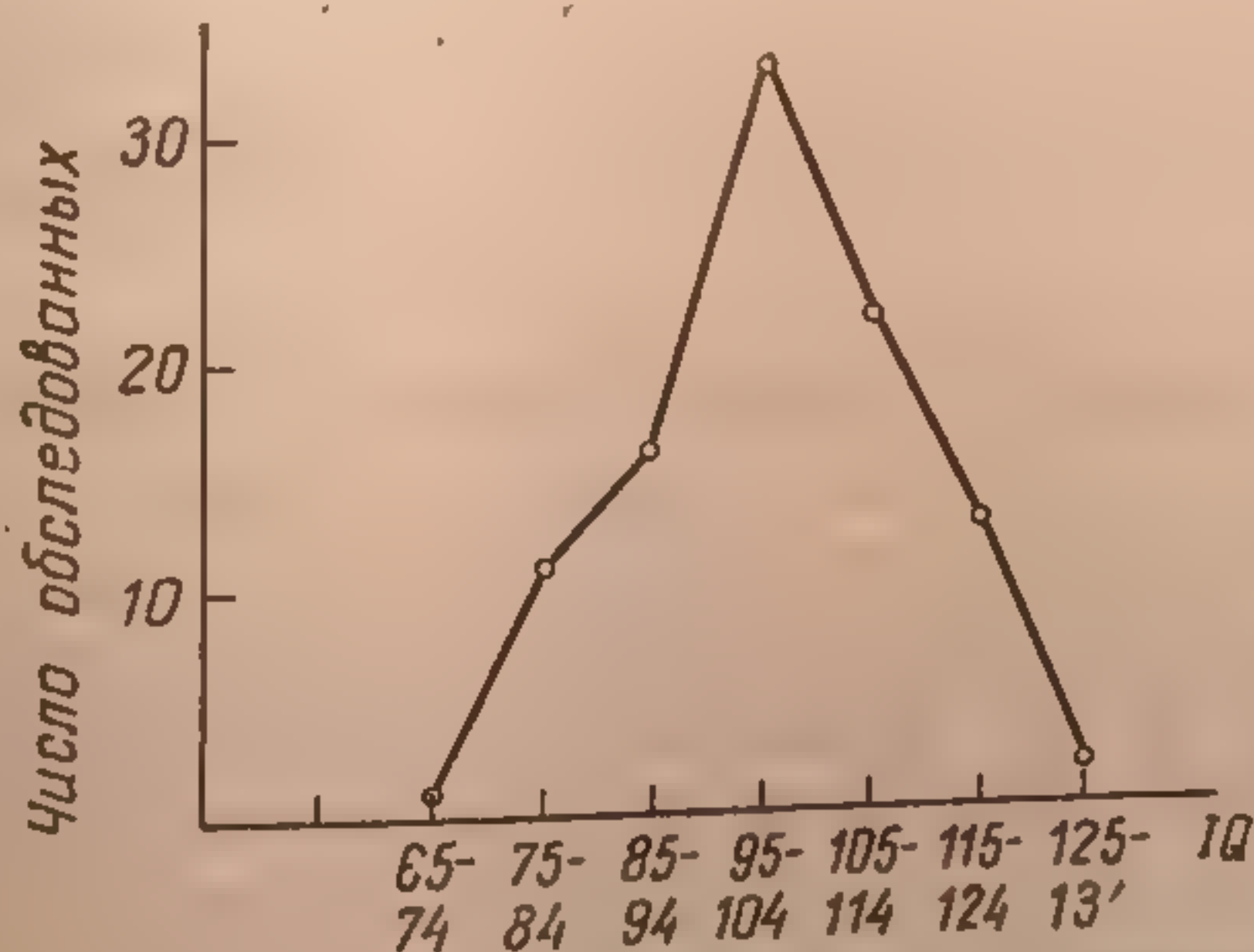


Рис. 20. Нормальное соотношение в ИГ: $\bar{x}=101$, $s=13$.

чения в патогенезе заикания, как это предлагают сторонники различных крайних теорий.

В наших исследованиях предположение о том, что состояние интеллекта не имеет значения в генезе заикания, всякий раз опровергалось при более детальном анализе с использованием метрического комплексного подхода.

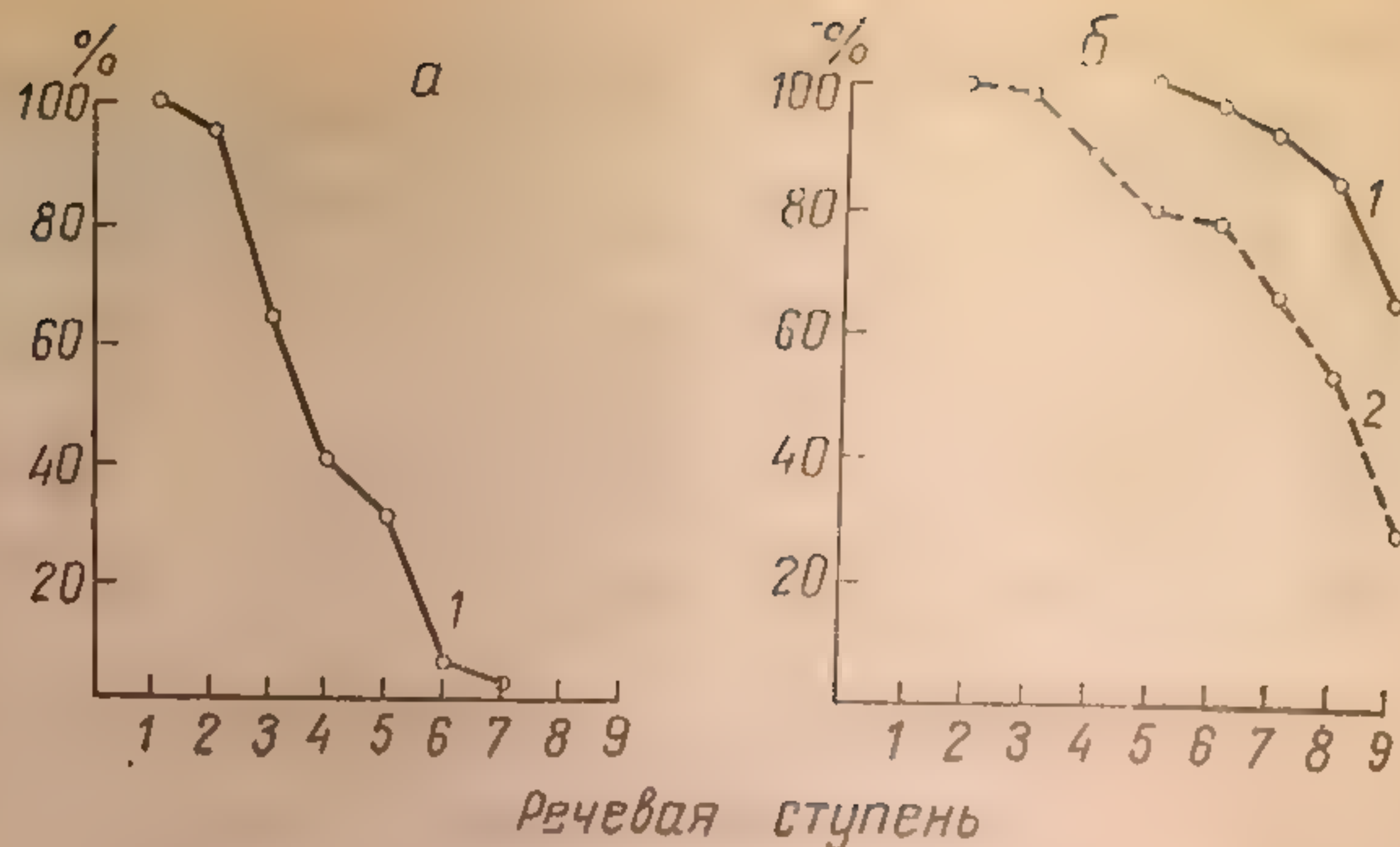


Рис. 21. Относительная зависимость интеллектуальных способностей и речевых ступеней в ИГ ($n=99$).

а — в начале стационарного лечения никакой разницы в степени выраженности симптомов в 7IQ-классах не выявлено; *б* — в конце стационарного лечения отмечается достоверная разница в степени симптомов заикания в зависимости от интеллектуального уровня. 1 — степень симптомов у детей со средним интеллектуальным уровнем (IQ 95—114 у мальчиков адекватного возраста, 85—114 у девочек адекватного возраста, 85—94 у девочек и мальчиков переростков ($n=56$); 2 — степень симптомов у детей с более высоким и более низким интеллектуальным уровнем ($n=43$).

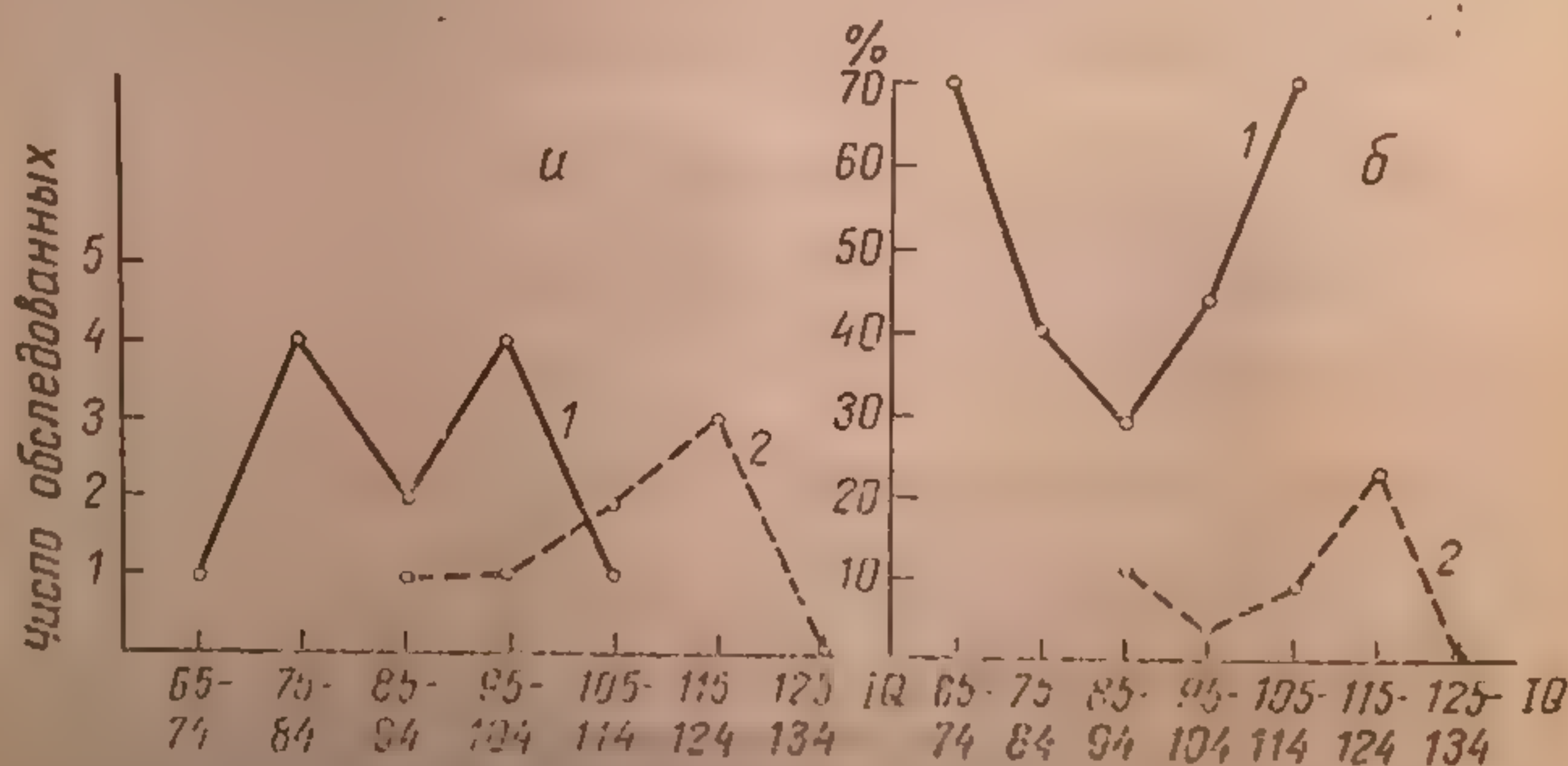


Рис. 22. Распределение заикающихся детей с крайней степенью резистентности к терапии (речевая ступень 3—6).

а — такие дети чаще встречаются в определенных классах, причем степень IQ и частота в группе детей адекватного возраста и группе переростков бывает типически различной. Абсолютные показатели ($n=19$) и ИГ ($n=99$). Конец лечения: *б* — процентное соотношение с группами с лучшими результатами лечения (речевая ступень 7—9) относительно показателя IQ. Относительное распределение с учетом величин, приведенных на рис. а. Конец лечения.

Построение трехфакторного распределения диаграмм выявило различные соотношения возможных вариантов взаимосвязи тяжести заикания с состоянием интеллекта.

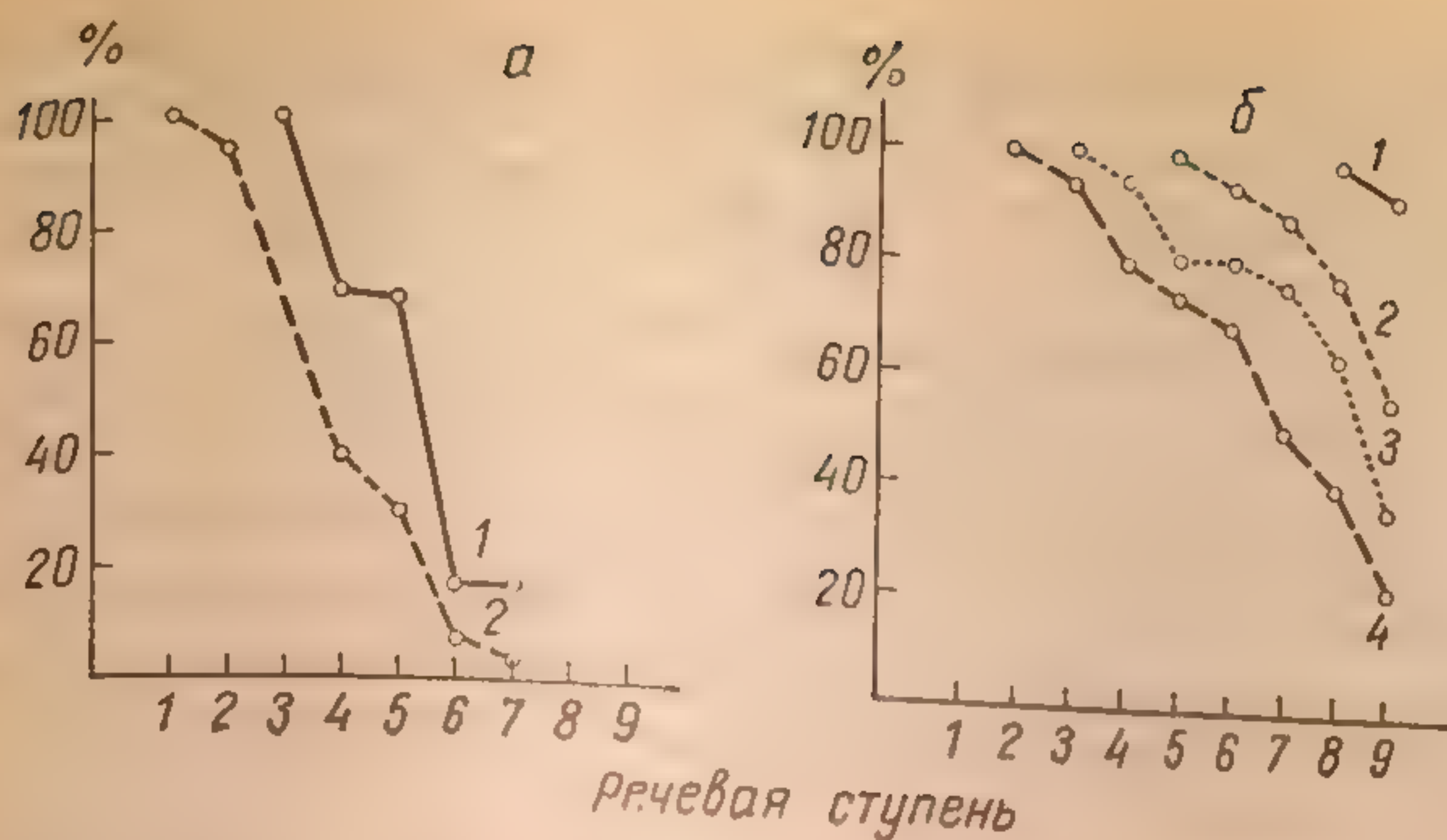


Рис. 23. Относительные различия степени симптомов в зависимости от состояния ЦНС, уровня интеллекта, пола, возраста ($n=99$)

а — в начале лечения различия довольно незначительны; 1 — девочки группы адекватного возраста, страдающие органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС (IQ 75–94, $n=6$); 2 — другие дети ($n=93$) (мальчики и девочки) группы адекватного возраста и группы переростков с органическими, невротическими и пограничными нарушениями ЦНС; б — в конце лечения происходит дифференциация в исследуемой группе относительно указанных на рис. а вариант, с образованием 4 подгрупп. 1 — группа детей адекватного возраста со средним уровнем интеллекта: с невротическими нарушениями ЦНС (мальчики, $n=1$), с органическими, невротическими и пограничными нарушениями ЦНС (девочки, $n=14$); 2 — группы детей со средним уровнем интеллекта: дети адекватного возраста с органическими и пограничными нарушениями ЦНС (мальчики, $n=31$), переростки с органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС (мальчики и девочки, $n=7$); 3 — группа детей адекватного возраста с высоким уровнем интеллекта с органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС (мальчики и девочки, $n=22$); 4 — группа переростков с относительно более высоким и низким уровнем интеллекта, с органическими, пограничными и невротическими нарушениями ЦНС (мальчики и девочки, $n=21$).

При двухфакторном сопоставлении, проводимом в начале санаторного лечения отдельных классов (7IQ от 65 до 134), взаимосвязи тяжести заикания с состоянием интеллекта выявлено не было, напротив при анализе этих же показателей в конце лечения было установлено (рис. 21, а), что наиболее благоприятная динамика заикания была выявлена при среднем уровне интеллектуального развития независимо от пола и возраста (рис. 21, б). Аналогичные данные были получены и при другом способе обработки материала. Так, при наблюдении группы детей с крайней резистентной формой заикания оказалось (речевые ступени 3–6), что среди них преобладали дети с крайними показателями интеллектуального развития (ниже и выше среднего показателями (рис. 22, а, б)).

При последующем трехфакторном анализе взаимодействия уровня интеллектуального развития, тяжести заикания и органического поражения ЦНС, с учетом пола и возраста в начале терапии наблюдалась довольно одно-

образная картина (рис. 23,а). У 93 детей (из 99) наблюдалась сильная степень заикания и определить ее взаимосвязь с выделенными нами показателями не представлялось возможным, за исключением 6 детей, у которых заикание было выражено в меньшей степени. Не случайно ими оказались девочки группы адекватного возраста со средними показателями IQ, у 4 из которых отмечались органические поражения ЦНС и у 2 — невротические расстройства. В конце же лечения была выявлена значительная дифференциация детей наблюдаемой группы в аспекте резистентности заикания к терапии с образованием 4 подгрупп.

Подгруппа А ($n=18$, речевая ступень $\bar{x}=9\pm0,32$) характеризовалась наилучшими показателями по результатам лечения. Качественный состав подгруппы был следующим: состояние интеллекта характеризовалось средними показателями ($IQ=95-144$), хронологический возраст детей был адекватным школьному. В подгруппу входили дети как с органическим поражением ЦНС, так и с невротическими расстройствами. Характерно, что эта подгруппа оказалась неоднородной относительно состояния ЦНС и пола и однородной по возрасту (группа адекватного возраста) и состоянию интеллекта (средние показатели IQ).

Подгруппа Б ($n=38$, речевая ступень $\bar{x}=8,2\pm1,1$). По результатам лечения стоит на 2-м месте, значительно слабее подгруппы А. В нее вошли мальчики адекватного возраста с органическими и невротическими нарушениями, имеющие только средний интеллектуальный уровень: $IQ=95-114$ ($n=31$). Кроме того, в эту подгруппу вошли мальчики и девочки переростки с органическими и невротическими расстройствами, имеющие средние показатели $IQ=85-94$.

Характерно, что подгруппа Б оказалась неоднородной по состоянию ЦНС, полу и возрасту и однородной по уровню интеллекта (средние показатели IQ). Исключение составляют девочки группы адекватного возраста с более благоприятными результатами лечения.

Подгруппа В ($n=22$, речевая ступень $\bar{x}=7,4\pm1,9$) стоит на 3-м месте по результатам лечения. Речевая ступень на 10% ниже, чем в подгруппе Б. К этой подгруппе относятся девочки и мальчики адекватного возраста с органическими и невротическими нарушениями и наивысшей степенью интеллектуальных способностей ($IQ=115-134$).

Характерно, что эта подгруппа была неоднородной по состоянию ЦНС и полу и однородной по возрасту (адекватный) и уровню интеллекта (более высокие показатели IQ).

Подгруппа Г ($n=21$, речевая ступень $\bar{x}=6,4\pm 2,2$) характеризуется наихудшими результатами лечения. Она включает мальчиков и девочек «переростков» как с относительно более высоким ($IQ=95-114$), так и более низким ($IQ=75-84$) уровнем интеллекта.

Характерно, что эта подгруппа оказалась неоднородной по состоянию ЦНС и полу и однородной по возрасту («переростки») и уровню интеллекта (более выраженный разброс IQ).

На основании сказанного выше можно предположить, что в патогенезе и динамике заикания наибольшее значение имеют показатели возраста (адекватность хронологического возраста школьному), пол и состояние интеллекта. Фактор органического поражения ЦНС имеет меньшее значение. Более благоприятное течение заикания наблюдается у детей, чей хронологический возраст адекватен школьному, у девочек также и при средних показателях IQ. Эта зависимость начинает выявляться только в процессе стационарного лечения. Роль наследственной отягощенности и семейной обстановки имеет второстепенное значение и рассматривается нами как predisposing condition к тому или иному типу течения заикания. Такую же роль играют факторы органического поражения ЦНС. Таким образом, биологические и социальные факторы играют роль predisposing conditions.

В основе дальнейшего развития и фиксации заикания, имеющего, напротив, исключительно реактивный характер, лежит патологическая обратная связь, возникающая и поддерживаемая в результате нарушений адаптации личности к окружающей среде.

Таким образом, настоящее исследование подтверждает полученные ранее данные [Нсу, 1977]. Статистический анализ позволил выделить ведущие и результирующие переменные. Ведущей переменной оказалась адекватность хронологического возраста школьному, результирующими переменными — пол и уровень интеллектуального развития.

Установлено, что эти функциональные переменные имеют разное значение, зависящее от общего факторного взаимодействия и проявляется лишь в процессе терапии.

Глава 8

ЗАИКАНИЕ У ВЗРОСЛЫХ

Заикание у взрослых в подавляющем большинстве случаев является следствием длительно протекающего так называемого эволюционного заикания, возникшего в детстве, в периоде незаконченного формирования речи. Следовательно, заикание у взрослых, как правило, надо считать одной из разновидностей патологии речи, принявшей крайне длительное по существу хроническое течение.

Речевая деятельность (в частности, ее коммуникативная функция) имеет большое значение в жизни человека и легко можно представить те трудности, которые повседневно испытывают лица, страдающие заиканием. Однако нельзя не отметить и того, что заикающиеся далеко не во всех случаях страдают от своего дефекта речи и весьма часто преуспевают на избранном ими профессиональном пути и в личной жизни. Естественно, этот контингент заикающихся выпадает из поля зрения как врачей, так и логопедов. Следствием этого обстоятельства является и практически полная неосвещенность значительной стороны проблемы. До настоящего времени не изучался большой комплекс факторов, касающихся как особенностей личности, так и окружающей среды, способствующих выявлению высоких адаптационных возможностей этого контингента заикающихся.

В тени остается и та группа страдающих заиканием, которую составляют социально дезадаптированные субъекты, не тяготящиеся речевым дефектом, однако глубоко инвалидизированные вследствие других заболеваний.

С целью восполнения этого пробела в Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского на протяжении ряда лет проводилось научное исследование, посвященное клиническим особенностям и течению заикания у лиц 16—18 лет, выявленных в рамках регулярно проводимых диспансерных обследований этого возрастного контингента. Результаты этого исследования показали [Асатиани Н. М., Казаков В. Г., Фрейдин Ю. Л., 1978, Фрейдин Ю. Л., 1979, 1980], что наиболее распространенными формами заикания являются невротическое и неврозоподобное с наличием резидуальной цереброорганической недостаточности. Лишь в небольшой части наблюдений невротическое заикание имело место у психопати-

ческих личностей и неврозоподобное заикание у больных вялотекущей шизофренией. Это исследование позволило получить данные о распространенности различных по течению вариантов заикания и впервые клинически изучить благоприятное течение заикания у юношей, в частности тех, у кого оно полностью редуцировалось к юношескому возрасту. Полученные данные позволили сделать вывод о преобладании в изученной половозрастной группе благоприятно протекающих невротических форм заикания.

При сравнении экстенсивных показателей, отражающих выраженность основных параметров клинической картины заикания, было обнаружено то, что логофобия, эмоциональные и защитные реакции более выражены при невротическом заикании, а при неврозоподобном, при наличии резидуальной цереброорганической недостаточности более резко выражена патология моторного компонента акта речи.

Если невротическое заикание имело неблагоприятное течение, то манифестация его протекала на фоне выраженной детской невропатии, и в жизни этих лиц имели также место и повторные психогении.

Неблагоприятный тип течения неврозоподобного заикания формировался в случаях наиболее интенсивного раннего церебрального поражения, а также под влиянием повторных травм головного мозга, различного рода повторных соматогений, истощения и переутомления.

Благоприятному течению заикания способствовало наличие хороших условий социальной микросреды и максимально раннее обращение к врачу. Спонтанная редукция заикания отмечалась лишь в 20% наблюдений.

Это же исследование выявило, что заикающиеся в юношеском возрасте недостаточно осознают необходимость лечения. В результате этого среди обследованных лишь 55% юношей, объективно нуждавшихся в лечении, получали терапию до диспансеризации. Стало очевидным, что необходимо активное привлечение к лечению не только детского контингента, но и лиц юношеского возраста. Периодические диспансеризации юношеского населения в этом отношении являются единственной формой, обеспечивающей учет заикающихся этого возраста.

Что касается изучения заикания у взрослых, то оно, как правило, основывается на исследовании исключительно выборочного контингента заикающихся и отражает лишь активную обращаемость взрослых заикающихся за лечебной помощью.

Если в подростковом и юношеском возрастах возможен хотя бы частичный учет распространенности заикания и тем самым соответствующее планирование необходимого объема лечебной помощи, то этого нельзя сказать о взрослых заикающихся, поскольку нигде нет даже приблизительных данных о распространенности этой патологии речи у взрослых. Соответствующие данные в доступной литературе свидетельствуют лишь о наличии убывающего числа заикающихся по прошествии у них молодого возраста и об отсутствии заикания в старости.

В проведенных обширных исследованиях заикающихся детей, начиная с дошкольного возраста, было показано, что некоторые из них наряду с речевым дефектом страдают и нервно-психическими заболеваниями или обнаруживают признаки дисгармоничного развития с психической или моторной ретардацией.

Специальные клинические исследования, проведенные в Советском Союзе [Кочергина В. С., 1952; Калачева И. О., 1978], показали, что в определенной части случаев у детей, страдающих заиканием, можно отметить наличие психических нарушений в рамках невротических, неврозоподобных и церебрастенических расстройств. Нередко эти нарушения наблюдаются еще до начала заикания. К ним относятся беспокойный сон, плаксивость, раздражительность, боязливость, ночные страхи и ночное недержание мочи. В более тяжелых случаях отмечается психическая истощаемость, легко возникающая утомляемость наряду с аффективной неустойчивостью, двигательной расторможенностью, с одновременной тугоподвижностью психических процессов, трудностью приспособления ко всему новому. Развернутая картина перечисленных расстройств может также возникнуть и после манифестации заикания.

В результате клинических исследований заикающихся детей, подростков и юношей было установлено, что наиболее репрезентативными контингентами заикающихся являются лица с невротическим заиканием и с неврозоподобным заиканием, генетически связанным с ранней цереброорганической недостаточностью.

Исследование заикающихся школьников, особенно в постпубертатном периоде, расширило границы психиатрической диагностики и позволило выявить в числе этих подростков психически аномальных личностей.

Дифференциально-диагностические исследования взрослых заикающихся обнаружили определенное число

случаев и вялопротекающей шизофрении (в наименее репрезентативной группе взрослых заикающихся, самостоятельно обращающихся за лечебной помощью по поводу заикания).

Как показала практика, выявление психических заболеваний у заикающихся важно не только для правильной диагностики и лечения этой патологии, но и для профессионального отбора и установления годности к военной службе.

Начиная с 1969 по 1980 г., в Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского находились под наблюдением в процессе курсового лечения в условиях стационара свыше 1200 взрослых заикающихся, самостоятельно и активно обратившихся за лечебной помощью. Помимо этих больных, часть лиц пользовалась амбулаторной и консультативной помощью в связи с заиканием. Таким образом, многолетнему и систематическому клиническому наблюдению подвергалось достаточное число заикающихся, составивших хоть и многочисленную, но все же выборочную группу больных.

Все они, несмотря на социальную сохранность и адаптацию к жизненным условиям, высказывали стремление к избавлению от своего речевого дефекта, многие жаловались также и на общую нервозность, имеющую место с детства или после перенесенной травмы головного мозга или психической травматизации.

Наиболее детально с применением параклинических исследований были изучены 400 больных [Асатнани Н. М., Белякова Л. И., Лубенская А. И., 1973; Казаков В. Г., 1973; Белякова Л. И., 1973; Асатнани Н. М., Казаков В. Г., 1974; Белякова Л. И., 1974; Лубенская А. И., 1974; Фрейдин Ю. Л., 1979].

Клиническое изучение указанного выборочного контингента взрослых заикающихся с первых же дней выявило нозологическую разнородность обследуемых больных и позволило разделить их на 4 диагностические подгруппы.

Наиболее репрезентативными из них оказались первые две подгруппы, включавшие: 1) больных невротическим заиканием и в той или иной степени выраженности общевне-невротическими расстройствами; 2) больных невротическим заиканием, генетически связанным с ранней церебрально-органической недостаточностью. Значительно меньшую часть составили представители 3-й подгруппы —

больные психопатиями и еще меньшую 4-ю подгруппу — больные вялотекущей шизофренией.

Касаясь общих клинических признаков, характеризующих всех наблюдаемых больных, следует сказать о нарушении их речевой функции — заикании и затрудненности речевого общения.

Другим общим для всех клиническим проявлением была логофобия, в ряде случаев приобретающая ведущую роль в картине заболевания.

Логофобия, как правило, впервые появлялась в препубертатном и раннем пубертатном периодах, вначале страх речи возникал лишь в момент непосредственного речевого общения и был наиболее выражен в ситуациях особой значимости. С течением времени логофобия появлялась не только в речевых ситуациях, но и в ожидании предстоящего речевого общения. Постепенно страх речи становился навязчивым и возникал под влиянием только одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминании о речевых неудачах в прошлом. На этой стадии логофобии больные обычно говорили уже не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче удавалось произнести, нередко в ущерб смыслу. В подобных случаях навязчивые представления и воспоминания о прошлых речевых неудачах по силе превосходили реальные трудности конкретной речевой ситуации, и все развитие логофобии протекало аналогично этапам фобического синдрома у больных, страдающих разнообразными навязчивыми страхами [Асатиани Н. М., 1961].

Другим общим для всех признаком были аффективные нарушения (обычно субдепрессивное настроение, содержащее сознание речевой неполноценности) и преобладание во всем поведении астенических форм реагирования [Казаков В. Г., 1973]. Эта форма реагирования особенно присуща больным в ситуациях особой значимости, связанных с повышенной речевой и эмоциональной нагрузками (публичное выступление, коллективные занятия, сдача экзаменов и т. п.).

Во многих случаях можно было говорить об индивидуальной значимости или индивидуальной непереносимости патогенных речевых ситуаций, хотя перечисленные формы речевого общения являются наиболее сложными не только для заикающихся, но и для многих практически здоровых людей.

Рассматривая клиническую типологию взрослых больных, страдающих заиканием, с позиций синдромологиче-

ского подхода, мы придерживались взглядов А. С. Кройфельда (1940), с точки зрения которого эти исследования «целесообразны лишь постольку, поскольку ведутся в рамках клинко-нозологической систематики» и направлены на ее дальнейшее усовершенствование. По этому принципу указанные логофобические проявления у всех наблюдаемых нами больных мы рассматривали в виде комплекса патогенетических взаимосвязанных клинических проявлений, в качестве определенной динамической структуры — логофобического синдрома [Казаков В. Г., 1973].

По данным проведенных наблюдений, этот синдром имеет особенности как в возникновении, так и в динамике в зависимости от того нозологического фона, на котором он появляется.

Обособление данного симптомокомплекса, а также определение его как логофобического синдрома представляется наиболее правомерным, поскольку его определяет ряд симптомов, отражающих клиническую общность всех изучаемых больных: нарушение речевой функции, страх перед речевым общением и сопутствующие психопатологические проявления. Логофобический синдром можно рассматривать и как своеобразное психосоматическое проявление, где в качестве соматического компонента выступает судорожное нарушение согласованной деятельности речевой мускулатуры.

Следует отметить, что по своей сути логофобический синдром неоднороден и подвижен. В зависимости от общей клинической картины он может иметь все характерные признаки либо быть частично редуцированным с преобладанием одного из компонентов. В одних наблюдениях (это касалось в основном группы больных с резидуальными явлениями органического поражения центральной нервной системы) в структуре логофобического синдрома преобладали речевая судорожность и аффективные нарушения. Сосуществуя с облигатной для данного состояния психоорганической симптоматикой, логофобический синдром был факультативным психопатологическим признаком и обычно приобретал определенное своеобразие.

Однако в других наблюдениях на поздних стадиях болезни можно с определенной достоверностью говорить о логофобическом синдроме без одного из его важнейших компонентов, а именно без судорожного нарушения речи — заикания.

Bluemel (1958) называет поздние стадии заикания «навязчиво фобической фазой», когда заикающийся может говорить гладко и в то же время испытывать страх перед речевым общением. В наших наблюдениях аналогичные проявления встречались у больных в группе психопатий тормозимого круга.

В единичных наблюдениях, где заикание не имело патологического фона и не сопровождалось выраженными психопатологическими проявлениями, судорожное расстройство речи, с нашей точки зрения, можно было рассматривать как изолированное соматическое, моторное нарушение без какой-либо психической переработки и патологических личностных реакций на этот дефект.

Разделение клинических наблюдений на диагностические группы в известной мере условно. Между этими группами, исключая процессуальные и грубые органические нарушения, не существует резких границ, тем более, что границы между отдельными формами в рамках пограничных состояний по образному выражению О. В. Кербикова «не столько разъединяют, сколько соединяют эти формы».

В первую группу наблюдаемых нами больных вошли лица с психопатологическими нарушениями, не выходящими за рамки невротических расстройств. В большинстве случаев у больных этой группы клиническая симптоматика характеризовалась легким проявлением невротических реакций — стойких и эпизодических, длительных и кратковременных, психогенно или соматически обусловленных, но в основе своей функциональных, преходящих и существенно не затрагивающих целостность структуры личности больных. Наиболее характерным для этих наблюдений было преобладание астеноневротических реакций, аффективная лабильность и определенная взаимозависимость речевых нарушений и невротических расстройств; вся динамика заикания в этих случаях отличалась выраженной волнообразностью, что определялось не только внешними условиями, но и состоянием невропсихической сферы больных.

В этой группе заикание чаще начиналось по психогенно-реактивному типу, обычно вслед за психогенной реакцией типа испуга, причем сама психическая травма, после которой появлялось заикание, была тяжелой, глубоко затрагивающей эмоциональную сферу и благополучие человека: смерть кого-либо из близких на глазах больного, нападение животных и т. п. Стойкие психопато-

логические расстройства у больных этой группы обычно обнаруживались с пубертатного возраста и вначале характеризовались логофобией и нерезко выраженными реакциями избегания трудных речевых ситуаций. Несколько позднее появлялись аффективные нарушения и астенические черты в поведении, что сопровождалось усилением заикания. Логофобический синдром в этих наблюдениях формировался в довольно короткий срок, и обычно к 15—17 годам можно было обнаружить почти все его составные элементы. Для многих больных этой группы характерно то, что логофобический синдром обычно занимает ведущее место среди общих психопатологических расстройств, представлен наиболее полно и может, таким образом, рассматриваться в качестве облигатного психопатологического признака. Стойкое улучшение в виде изменения невротического фона и состояния речи обычно достигалось при длительной поддерживающей терапии с применением комплексного медико-педагогического метода. В процессе лечения психопатологические проявления существенно ослабевали, поведение больных становилось уравновешенным и адекватным. Среди взрослых больных с затяжными формами заикания эта группа представляется нам в прогностическом отношении наиболее благоприятной.

Диагностическая оценка наблюдаемых нами больных второй, самой многочисленной группы определялась признаками органического поражения центральной нервной системы, чаще в виде элементов редуцированного психоорганического синдрома, описанного в 1911 г. Bleuler.

Наше заключение подтверждалось рядом факторов, рассматривавшихся многими исследователями как патогенетическая основа некоторой органической неполноценности нервной системы, обнаружившейся уже в раннем детстве [Сухарева Г. Е., 1959]. Прежде всего это пренатальные и постнатальные вредности, тяжело протекавшие соматические и инфекционные заболевания в раннем детском возрасте (в том числе и нейроинфекции) и поведенческие травмы повреждения головного мозга. Следствием раннего органического поражения центральной нервной системы являлась некоторая задержка физического, психического и речевого развития, отмеченная в трети наблюдений у больных этой группы. Кроме того, на фоне замедленного патологического речевого развития начало заикания было чаще постепенным, без видимой

связи с внешними психогенными воздействиями. Со временем заикание становилось выраженным, приобретая стабильный, «стационарный» (по Ю. А. Флоренской) тип течения. Несмотря на то что тяжесть заикания у этих больных обнаруживала некоторую зависимость от окружающей обстановки, речь в уединении или вне так называемой ситуации особой значимости нередко также сопровождалась множеством судорожных запинок.

В целом для данной группы больных характерны признаки нарушений психической деятельности уже в раннем детстве, проявляющиеся в виде раздражительной слабости, истощаемости аффектов и некоторого нарушения адаптации к внешним условиям.

В дальнейшем вся клиническая картина этих наблюдений отличалась стабильностью и полиморфностью психопатологических нарушений. Преобладающими симптомами в структуре логофобического синдрома всегда были судорожность речи и аффективные расстройства. Вся клиническая картина в целом прежде всего определялась выраженностью облигатной психоорганической симптоматики.

В качестве одного из наиболее типичных признаков, характеризующих группу больных с органическим поражением центральной нервной системы, следует отметить выраженный полиморфизм не только общих психопатологических, но и собственно речевых нарушений. Помимо заикания, нередко наблюдались тахилалия, элементы «клаттеринг-синдрома», дизартрия, нарушения норм звукопроизношения, ринология, недостаточная модуляция голоса (при частичной паретичности мышц мягкого неба) и т. п. Для данной группы больных характерно обилие гиперкинезов сопутствующих и насильственных движений мышц, непосредственно не участвующих в речевом акте.

Электрофизиологическое обследование этой группы больных, проведенное Л. И. Беяковой (см. гл. 4), показало большую откликаемость мимических мышц на экстрараздражители (свет, звук) и «спонтанные» вспышки на электромиограмме. При электроэнцефалографическом обследовании регистрировались диффузные изменения биоэлектрической активности в виде снижения реактивности на раздражители, некоторой сглаженности регионарных различий, деформации или заостренности альфа-волн, в некоторых случаях отмечались вспышки патологической активности и острые волны.

Неврологическое обследование обычно выявляло резкие признаки диффузного органического поражения центральной нервной системы и стойкие явления дисфункции вегетативной нервной системы. Выраженность как речевых, так и общих психопатологических расстройств находилась в тесной зависимости от тяжести органического поражения центральной нервной системы и, следовательно, от компенсаторных возможностей личности. Чем более стабильными и полиморфными были общие психопатологические нарушения, тем более резистентными к различным видам терапии оказывались и речевые нарушения.

В третью группу входили больные с психопатиями с неоднородными клиническими проявлениями и почти равное число больных астенического, возбудимого и истерического типа. Большую часть составляли психопатии истерического и возбудимого круга.

Группа больных шизофренией имела вялотекущее течение болезни. Логофобический синдром в этих наблюдениях выявлял тесную зависимость от основной психопатологической симптоматики и всегда был частью более сложной клинической картины. В детском возрасте у большинства больных этой группы отмечались явления дизонтогенеза в виде «искаженного развития» (по Г. Е. Сухаревой). Особенности речевого развития больных заключались в раннем появлении фразовой речи, употреблении сложных не по возрасту фразеологических оборотов, значительном ускорении темпа речи. Во всех случаях заболевание носило прогрессивный характер; изменения личности были неглубокими и выражались в диссоциации психической деятельности, дисгармонии психического склада личности, явлениях «редукции энергетического потенциала» [Congrad, 1959] и т. п. При изменениях личности по шизофреническому типу (аутизм, нарушения эмоционального контакта, эмоциональное огрубение, дисгармония психического склада) заикание никогда не являлось основной причиной нарушения контакта с окружающими. Отличительной особенностью логофобического синдрома была его выраженная зависимость от основной психопатологической симптоматики и стадии шизофренического процесса. В некоторых наблюдениях логофобический синдром приобретал характер дисморфофобии или входил в структуру развернутого ипохондрического синдрома. Во всех наблюдениях логофобический синдром никогда не был основным, ведущим клиническим проявле-

нием, а всегда являлся частью более сложной клинической картины, нередко становясь извращенным и причудливым. Больные шизофренией давали речевому дефекту иногда не только сверхценную, но и парадоксальную оценку. При объективно нетяжелом заикании отношение больного к своему дефекту имело оттенок дисморфофобии или ипохондрического бреда. В целом в группе больных шизофренией тяжесть заикания и возникающие в связи с этим затруднения контакта с окружающими и ухудшение социальной адаптации не были следствием речевых нарушений, а прежде всего определялись прогрессивностью шизофренического процесса.

Среди взрослых заикающихся, наиболее активно обращающихся за лечебной помощью, нередко (примерно в 10% всех наблюдений) встречались лица, у которых нарушение плавности экспрессивной речи в форме заикания выявлялось в легкой степени, однако общая оценка клинического состояния этих больных далеко выходила за рамки понятия «легкое заикание». В этих случаях обычно приходилось констатировать существование у них «сверхценной дисморфофобии речи» [Фрейдлин Ю. Л., 1978], входящей в комплекс имеющейся процессуальной симптоматики, характерной для больных вялотекущей шизофренией, либо расценивать их как больных неврозами, невротическими развитиями личности или психопатиями с наличием чрезмерно выраженной логофобии невротического генеза в сочетании с обширной общевротической симптоматикой в общей картине болезни.

Подобные больные обычно встречались в выборочных контингентах заикающихся самостоятельно и активно обращающихся за лечебной помощью. И только длительное клиническое наблюдение в условиях психиатрического стационара санаторного профиля позволяло дать наиболее реальную оценку общему психическому состоянию этих больных и отнести их к условно выделенному рабочему определению как лиц, страдающих «заиканием без заикания».

В этих случаях внешние проявления речевых расстройств не соответствовали данным так называемой внутренней картины болезни, что при решении ряда экспертных задач способствовало нанесению прямого ущерба больным, проходившим врачебную экспертизу без участия врача-психиатра.

Больная Е., 1952 года рождения, студентка Химико-фармацевтического института (наблюдение психиатра В. М. Чернявского).

Находилась в клинике Лаборатории функциональной и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского с 30.11.1980 г. по 08.01.1981 г. и с 23.04.1981 г. по 09.06.1981 г. Диагноз направляющего учреждения — логоневроз. Жалобы при поступлении: заикание, страх речи, плохое настроение.

Наследственность не отягощена психической и речевой патологией. Отец — в прошлом ответственный работник, энергичный, целеустремленный, несколько вспыльчивый, но отходчивый. Мать — мягкая, добрая, очень внимательная к дочери, всегда вникала в вопросы ее воспитания и образования, следила за ее интеллектуальным развитием и духовными интересами.

Больная родилась от нормальной беременности. Росла и развивалась нормально. Первые слова начала говорить в 1 год, фразовая речь — с 1½ лет. В 3 года после перенесенного простудного заболевания было замечено скороговорение. На этом фоне после незначительного испуга появились отдельные запины в речи. Ребенок в связи с этим постоянно корректировался матерью в процессе речевого общения, что самой больной в настоящее время оценивается как главная причина прогрессирования имеющегося речевого дефекта. Начиная с 10 лет усугубление нарушений речи стало служить поводом для поддразнивания больной ее сверстниками. Именно с этого времени больная отмечает появление у нее страха перед речевым общением. В 15—16 лет страх речи принял свою максимальную выраженность, заставляя больную прибегать к письменным ответам на уроках. Больная мучительно думала о том, что заикание испортит ей всю жизнь и она никому не сможет понравиться из-за наличия у нее речевого дефекта.

Начиная с 5 лет больная постоянно получала лечебно-коррекционную помощь: 6 раз была на стационарном лечении (2 раза находилась в ЛОРНИИ в Ленинграде) и в промежутках занималась с логопедом. Несмотря на то что после 23—24 лет заикание у больной заметно стало снижаться, она тем не менее продолжала искать новые методы эффективного лечения заикания.

По убеждению больной, все полученное ею лечение мало помогло нормализации ее речи. Более того, если запинок в речи стало меньше, то страх речевого общения не переставал прогрессировать. Наряду с этим больная четко говорила о том, что ряд стрессовых воздействий в прошлом не отразился на состоянии ее речи (автомобильная катастрофа, закончившаяся для больной переломом ключицы, 3 неудачные попытки поступить в медицинский институт и др.). Ухудшения речи под воздействием этих реальных вредоносных факторов не наблюдалось.

Наряду со всем сказанным выше следует отметить, что больная с самого раннего детства отличалась жизнерадостностью, большой психической активностью и контактностью с окружающими, а в последующем — большим трудолюбием и продуктивностью в труде. В 7 лет пошла в массовую школу, которую окончила с отличием. Училась «легко и с удовольствием». Признание ее первой ученицей доставляло острую, ни с чем не сравнимую радость и приносило чувство превосходства над другими. Однако мнение о своем превосходстве умела держать при себе и всегда стремилась к миролюбивым отношениям со сверстниками. Была контактной, отзывчивой, инициативной, веселой. Очень много читала, часто фантазировала на тему прочитанного, подражала некоторым литературным героям. В 8-м классе решила стать врачом, так как в профессии врача ее привлекала «значимость фигуры

врача», а также возможность проявления «истинного героизма» и реальной помощи людям. По окончании десятилетки трижды неудачно сдавала вступительные экзамены в медицинский институт и не прошла по конкурсу, была принята без экзаменов в медицинское училище. Окончила его с отличием и успешно работала операционной сестрой. Работа нравилась, но больная продолжала испытывать глубокую уязвленность от того, что оказалась фактически без высшего медицинского образования.

В личном плане больная считает себя относительно устроенной. Впервые вышла замуж за сверстника в возрасте 23 лет. Вскоре, однако, разошлась с мужем, не найдя духовной близости. Во втором браке состоит с человеком на 20 лет старше себя. Отношения в семье ровные, хорошие. Муж является всеми уважаемым и авторитетным человеком, заботлив и внимателен к жене. Детей у больной нет.

В 1979 г. поступила в Химико-фармацевтический институт, так как пришла к выводу, что заикание будет серьезной помехой во врачебной деятельности. После окончания первого курса института больная решила предпринять последнюю попытку лечения своего речевого дефекта, в связи с чем взяла академический отпуск и обратилась за помощью в Лабораторию функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

При поступлении. Соматически здорова. Среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Неврологически: органическое поражение ЦНС отсутствует. Отмечается лабильность вазомоторных реакций, особенно при волнении, легкий тремор вытянутых пальцев рук, незначительный гипергидроз ладоней.

Психическое состояние: больная охотно вступает в контакт, ответы носят исчерпывающий характер, что создает впечатление определенной многословности. Речь богатая, с тенденцией к обобщению сказанного, наряду с постоянным стремлением к анализу всех излагаемых ею положений. Больная полностью концентрирована на желании как можно яснее объяснить врачам особенности ее речевого дефекта.

Несмотря на свою плавную и почти безукоризненно построенную речь, больная подчеркивает свои субъективные трудности в процессе осуществления устной речи. Относясь критически к тому, что слушатели воспринимают ее речь как плавную, больная со слезами на глазах говорит о своей ненормальной речи в связи с наличием у нее страха перед речевым общением не только в процессе речи, но и в ожидании ее, т. е. задолго до необходимости вступления в речевой контакт. Особенно это волнение ей свойственно в ожидании выступлений перед большим количеством людей. Страх перед возможностью «опозориться» своей плохой речью больная склонна называть «мучительным заиканием», хотя признает, что не точна в этом определении своего заикания.

В коллективе больных уживчива, обладает тактом в общении, отзывчива к окружающим и внимательна к ним. Дисциплинирована, старательна и настойчива в работе над речью. Внешне всегда подтянута, аккуратна в одежде и в содержании своих вещей в палате, охотно и добросовестно выполняет обязанности дежурного по палате.

При подготовке к выпускному концерту проявила артистические способности, на концерте выступила с блеском, чему искренне радовалась. При выписке просила вызвать ее на повторный курс лечения.

Спустя полгода была вызвана для прохождения повторного курса лечения. Приехала уставшей, взволнованной, поскольку ухаживала за тяжело заболевшим мужем. Отметила ухудшение в состоянии своей речи, что объяснила переутомлением и волнениями. В работу над речью

вошла сразу же, на протяжении курса лечения была по-прежнему серьезной и старательной, на концерте своей игрой вызвала бурный восторг зрителей. Тепло распрощавшись со всеми, уехала домой в хорошем настроении (июнь 1981 г.) с чувством того, что сделала все возможное для нормализации своей речи.

Лечение. Медикаментозно получала транквилизаторы (седуксен внутримышечно, в малых дозах антидепрессанты, мидокалм, электро-рациональную психотерапию, функциональные тренировки, индивидуальные занятия с психологом, курс логоритмики, коллективные логопедические занятия.

При повторной госпитализации особый упор был сделан на рациональную психотерапию и функциональные речевые тренировки вне стен лечебного учреждения, при моделировании трудных речевых ситуаций.

Диагноз при первой и второй госпитализации — невротическое заикание у личности с истерическими чертами характера, ситуационная логофобия.

Как видно из изложенного выше, больная Е. поступила на лечение без явных признаков речевой судорожности. Субъективные трудности при устной речи сформировали стойкую логофобию, которая при первом поступлении носила генерализованный стойкий характер с признаками II стадии развития, наличием страха речи не только в процессе, но и в ожидании ее. Относясь критически к имеющейся логофобии, несмотря на давность и стойкость речи, больной удалось достичь значительного ослабления реакции страха, вплоть до сведения генерализованной сверхценной логофобии до уровня незначительного ситуационно обусловленного страха речи.

Несмотря на склонность больной к образованию стойких и эмоционально насыщенных представлений о своей речевой неполноценности, интенсивно проведенное лечение с применением комплексного медико-педагогического метода позволило достичь значительного ослабления логофобии и коренного изменения отношения больной к имеющимся у нее незначительным и эпизодически выявляющимся речевым запинкам.

Помимо активного лечения, в данном случае благоприятным фактором для значительного улучшения состояния больной явились присущие ей личностные особенности (целеустремленность, продуктивная работоспособность, общий культурный уровень) и высокие интеллектуальные возможности.

В качестве другого клинического примера заикания у взрослых приводим историю болезни заикающегося М., самостоятельно обратившегося за лечебной помощью (наблюдение психиатра В. Г. Казакова).

Больной М., 39 лет. Жалобы при поступлении на сильное заикание, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность, частые головные боли, быструю утомляемость, плохой сон.

Отцу больного 67 лет, с семьей не живет, в детстве сильно заикался, в настоящее время заикается при волнении. Вспыльчивый, неуравновешенный, злоупотребляет алкоголем. Матери 73 года, раздражительная, своенравная, неровная.

Дети больного: дочь 12 лет, оперирована по поводу врожденногоращения носовых ходов. С 3 лет заикается. Вспыльчивая, раздражительная. Сын 4 лет, заикается с момента появления фразовой речи,

отмечается ночной энурез, капризный, беспокойный. Заикание у обоих детей развивалось постепенно, вне реакций испуга.

Беременность у матери больного протекала с выраженным токсикозом. При сроке беременности 6—8 мес мать больного несколько раз падала. Больной родился в срок, в синей асфиксии, кричал не сразу, вскармливался искусственно, плохо прибавлял массу тела. Ходить и говорить начал с опозданием, фразовая речь к 3½—4 годам, с этого же времени стал заикаться. Заикание развивалось постепенно, вначале было малозаметным. Заметно заикался только при волнении и спешке. Был капризным, раздражительным, драчливым. В семье были частые ссоры, родители мало занимались детьми, отец часто употреблял алкогольные напитки.

В шестилетнем возрасте больной перенес ушиб головы, находился в бессознательном состоянии в течение нескольких часов. Около месяца пролежал в больнице. После травмы головы значительно усилилось заикание, стал плохо спать, ночью вскрикивал, разговаривал, иногда наблюдалось снохождение. Часто жаловался на головную боль и головокружение, особенно при резком изменении положения головы. В течение первого года после травмы отмечались кратковременные психотические состояния с явлениями психомоторного возбуждения, со слуховыми и зрительными галлюцинациями устрашающего характера. Рос вспыльчивым и раздражительным, тяжело переживал семейные неурядицы, иногда пытался заступиться за мать, но чаще уединялся и плакал, забившись в угол. Боялся темноты, глубины. В дошкольном возрасте посещал логопеда, и тогда отмечалось некоторое улучшение речи. В школе учился с трудом, был рассеянным, невнимательным, утомляемым, непослушным, упрямым и капризным. Отмечалась мнительность, нерешительность, робость. Часто лежал в инфекционных больницах по поводу хронической дизентерии. Находясь в детских санаториях, занимался у логопеда. Улучшения в речи при этом бывали нестойкими и малопродолжительными.

Уход отца из семьи в 1945 г. не улучшил жизнь больного, так как мать также была невнимательна к детям. В 1945 г. больной с трудом окончил 8 классов массовой школы. К письменным ответам никогда не прибегал, несмотря на тяжелое заикание. Пытался учиться в техникуме, но трудно было усваивать программу. Освоил специальность слесаря-газовщика, до настоящего времени работает в тресте «Мосгаз». На работе несдержан, вспыльчив, не терпит замечаний, часто конфликтует как с товарищами по работе, так и с начальством.

Больной женат с 25 лет, имеет 2 детей, жену любит, уважает, но и дома бывает несдержанным, придирчивым, вспыльчивым; наблюдаются частые колебания настроения. В период пониженного настроения злобен, раздражителен. Больной не курит, алкогольных напитков не употребляет. До настоящего времени иногда отмечаются снохождения. С 1963 г. отмечалось несколько развернутых судорожных припадков с потерей сознания и последующей амнезией, головными болями, чувством общей разбитости. О припадках говорит неохотно. Тяжесть своего состояния объясняет заиканием.

В 1966 г. безуспешно пробовал лечиться по методу «одномоментного снятия» заикания. В 1968 г. впервые был на стационарном лечении в клинике Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, жаловался на заикание, повышенную возбудимость, плохой сон. Несмотря на тяжелое заикание, был многоречивым, вязким, обстоятельным в речи. Колебания настроения носили дисфорический характер. После массивной терапии по комплексному медико-педагогическому

методу в течение 3 мес был выписан со значительным улучшением. При первых же волнениях на работе вновь ухудшились речь и общее состояние больного. Получив новую квартиру, заметно успокоился, меньше стал тяготиться занятием и наряду с этим стал беспокоиться о том, чтобы его плохая речь не повлияла отрицательно на детей. Повторно поступил в клинику в январе 1969 г.

Больной выше среднего роста, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Внутренние органы без патологии. Артериальное давление 125/80 мм рт. ст., данные рентгенопатологии грудной клетки и клинические анализы крови и мочи без

Незначительная асимметрия лицевой иннервации, сглаженность носогубной складки слева, левые инстинктивные подергивания глазных яблок при взгляде влево, усиливающиеся при перемене положения головы. При конвергенции левое глазное яблоко отходит кнаружи. Реакция зрачков на свет вялая. Глоточный рефлекс снижен. Сила мышц в конечностях достаточная, тонус в них снижен, больше справа. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, слева несколько больше, чем справа, клonusoid стоны слева. Брюшные рефлексы отсутствуют. Кремастерный вызывается слева, вялый. Симптом Маринеску — Радовича отчетливый справа, слева — слабо выраженный. Тремор пальцев вытянутых рук, обильное потоотделение, больше справа. Дермографизм несколько задерживается, выражено красный, расплывчатый, с тенденцией к валику, местами прерывистый. Пиломоторные реакции выражены больше слева.

Заключение невропатолога: травматическая энцефалопатия.

Исследование ЛОР-органов и аудиометрическое обследование: барабанные перепонки мутные, втянутые, больше слева. Выраженная набухлость слизистой оболочки носа с синюшным оттенком, слева в среднем носовом ходе — полип. Носоглотка, зев и гортань без выраженной патологии. Пониженное восприятие низких и средних тонов в пределах 15—20 дБ, несколько превалируют пороги слева. Значительное преобладание костных порогов над воздушными на некоторых тонах, 100% разборчивость речи при 45 дБ.

Стробоскопия: синхронная подвижность обеих истинных голосовых связок соответственно при изменении периодов колебаний.

Рентгенография придаточных полостей носа: пониженная прозрачность правой лобной пазухи, утолщение слизистой оболочки правой верхнечелюстной пазухи (гайморовой полости) и округлая тень в левой верхнечелюстной пазухе, подозрение на кисту.

На ЭЭГ (канд. мед. наук Л. И. Белякова) амплитуда биопотенциалов повсеместно средняя, в теменных отделах выше, чем в затылочных. Ритм и амплитуда симметричны и синхронны. В затылочных и теменных областях преобладает альфа-ритм, недостаточно размеренный по частоте и амплитуде, временами деформированный, часто наблюдаются острые волны. В лобных областях быстрочастотная и низкоамплитудная активность типа бета-волн. В течение всего исследования наблюдаются артефакты от мышечных подергиваний по всем отведениям. Реакция на свет нарастающей частоты и звук выражены в умеренном подавлении доминирующего ритма. Реакция навязывания ритма не выражена. Отличаются единичные комплексы патологических всплеск гиперсинхронной активности, распространенные по всем отведениям.

Заключение: на фоне диффузных изменений (некоторая сглаженность регионарных различий, деформация альфа-волн, острые волны) наблюдаются всплески патологической гиперсинхронной активности и

некоторое снижение реактивности, что связано с изменением функционального состояния главным образом стволовых структур мозга.

Больной охотно вступает в контакт, жалуется на заикание, неустойчивость настроения, вспыльчивость, раздражительность. Во время беседы заикание сильно выражено, тонические и клонические судороги возрастают в начале и середине слов, тяжелый тонус главным образом на гласных звуках; отмечаются тремор нижней челюсти, сопутствующие движения, гиперкинезы, кивательные движения головой, закатывание глаз, общее мышечное напряжение во время речи. Темп речи очень быстрый, артикуляция четкая, голос громкий, речевое дыхание прерывистое, судорожное. Речь эмоциональная, выразительная.

Отраженная, сопряженная, шепотная и ритмизованная речь также с тяжелым заиканием. При чтении текста заикание несколько меньше. Очень многословен, суетлив, тороплив, все делает быстро, суетливо, эмоционально неустойчив, в то же время вязок, мнителен. Склонен к бурным аффективным реакциям по малейшему поводу, колебаниям настроения с преобладанием понижения. В периоды пониженного настроения испытывает головные боли, сон становится поверхностным, затрудняется засыпание, ухудшается речь. Во время пребывания в стационаре отмечались энурез, сногворение, вскрикивания во сне. Отношение к больным доброжелательное, но не терпит замечаний в свой адрес, в то же время сам постоянно всем делает замечания. На логопедических занятиях с логопедом старателен, настойчив. Работоспособность всегда зависит от настроения. Часто бывает рассеян, невнимателен, с трудом запоминает новый речевой материал, особенно трудно заучивает наизусть.

Память на прошлые события сохранена, интеллект без грубой патологии, с элементами вязкости мышления и поверхности суждений. Круг интересов ограничен работой и бытовыми вопросами. Имеет тенденцию считать себя самым тяжелым больным в отделении.

Диагноз (докт. мед. наук Н. М. Асатиани): травматическая энцефалопатия. Тяжелое неврозоподобное заикание на фоне резидуальных явлений органического поражения центральной нервной системы.

Лечение: общеукрепляющее, дегидратационное, амитал-кофеиновый сон по схеме № 15, элениум по 50 мг/сут, рациональная психотерапия, логопедические занятия, логоритмика, физиотерапия. В процессе лечения заметно снизилась склонность к дисфориям, улучшился сон; темп речи приблизился к нормальному, и в спокойной обстановке больной говорит значительно лучше. При незначительных волнениях заикание возникает вновь. Существенно уменьшились гиперкинезы, исчезли кивательные движения головой, закатывание глаз во время речи. Чувствует себя заметно увереннее и спокойнее.

Выписан в состоянии значительного улучшения.

При катamnестическом обследовании через 2 года: заикание выражено во всех видах речи, при чтении стихотворного текста несколько меньше. Сопутствующие движения и тремор нижней челюсти выражены слабо. Жалуется на раздражительность и смену настроения. Заиканием тяготеет значительно меньше прежнего, однако постоянно мучается мыслью о том, что его речь ухудшает речь его детей. В связи с этим часто обращается в Лабораторию функциональных и других видов патологии речи МЗ СССР с требованием немедленного стационарирования. При этом миролюбив, просит учесть его особое положение.

Другой пример. Больная Ф., 23 лет (наблюдение В. Г. Казакова), поступила в клиническое отделение Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии

им. В. П. Сербского с жалобами на заикание, усиливающееся при волнении, в многолюдной и незнакомой обстановке.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Ано-
выявлены. Больная родилась в срок, от нормально протекавшей бере-
менности, закричала сразу, хорошо прибавляла массу тела. Ходить
начала в возрасте одного года. Первые слова начала произносить
с года, фразовая речь к 1½ годам, обычного темпа. Росла спокойной,
послушной и общительной, любила подвижные игры со сверстниками.
С 2½ лет посещала детский сад, легко сходилась с новыми людьми,
хорошо и спокойно чувствовала себя в любой обстановке. В школу
пошла с 7 лет, учение давалось легко, хорошо успевала по всем пред-
метам. В поведении ничем патологическим не отличалась от сверстни-
ков, была трудолюбивой и старательной.

Когда больной было 10 лет, во время купания в реке вместе с
младшим братом неожиданно оказалась на глубоком месте и стала то-
нуть. Хотела закричать, но не могла и, отчаянно барахтаясь, с трудом
добралась до берега. Брату помогли подоспевшие люди. Была очень
напугана происшедшим, особенно боялась за брата. Когда они оба
оказались вне опасности, сразу пошла с братом домой. По дороге со-
стояние волнения и страха усилилось. Родные восприняли происшествие
без излишнего волнения и старались успокоить детей. В этот день
больная ничего не могла есть, вечером долго не засыпала, казалось, что
кто-то стоит за дверью и может ее напугать. Плохо спала ночью и ут-
ром проснулась с ощущением безотчетного страха. В течение последую-
щих нескольких недель была повышено раздражительной, капризной,
часто по пустякам плакала, чего-то опасалась, не могла оставаться
одна дома, особенно в темной комнате. Окружающие старались успо-
коить больную, и постепенно все эти явления прошли, однако родители
больной вскоре стали замечать в ее речи отдельные запинки, которые
становились все более очевидными, и вскоре заикание достигло выра-
женной степени.

С 11 до 13 лет больная занималась с логопедом. На логопедиче-
ских занятиях речь была свободной, но при волнении заикание оста-
валось тяжелым. Больная отмечает, что было трудно говорить «обяза-
тельный текст», где нельзя было заменять «трудные» слова на более
«легкие и удобные». В школе, несмотря на заикание, оставалась в меру
общительной, не сторонилась общества сверстников, избегала только
публичных выступлений. Появилась застенчивость и ранимость. В ответ
на редкие поддразнивания сверстников старалась «никогда не показы-
вать обиды, быть выше этого». Постепенно появилась склонность к уе-
динению, любила побыть одна, много времени проводила за чтением
книг. В возрасте 15 лет снова пыталась лечиться от заикания, получила
около 10 сеансов гипноза. В течение месяца речь была плавной, но
постепенно заикание возобновилось. Продолжала учиться в школе, ус-
пешно справлялась с программой. Училась с интересом, занималась ре-
пешно справлялась с программой. Училась с интересом, занималась ре-
гулярно и охотно. Настроение обычно было ровным, иногда немного
грустным, но легко менялось в связи с какими-либо радостными со-
бытиями или тревожными известиями. В школе никогда не прибегала
к письменным ответам, всегда старалась, насколько было возможно,
скрыть свой речевой дефект. Считает, что немного легче было говорить
с незнакомыми людьми, которые не знали об ее заикании, но в много-
людной и малознакомой обстановке говорить всегда было труднее.
В таких ситуациях испытывала выраженный страх перед речью, сильное
внутреннее напряжение и волнение. Подобное волнение и страх перед
речью отмечает с 11—12 лет. Успешно окончила школу и поступила в

технический вуз. Училась легко, успешно справлялась со всеми заданиями, к учебе относилась добросовестно и старательно. Оставалась общительной, не чуждалась общества сверстников, однако круг близких знакомых и друзей был ограниченным. В общении с окружающими старалась скрыть свой речевой дефект, что, по ее мнению, довольно часто удавалось.

Во время каникул и вообще после отдыха состояние речи улучшалось, но хорошо могла говорить только в спокойной обстановке; сильное волнение всегда вызывало усиление заикания.

«Я не могу говорить спокойно о своем заикании, — пишет больная в ответах на предложенную нами анкету, — долго расстраиваюсь и плачу. Это очень странно, потому что я уже почти смирилась с ним и плакать давно перестала. Но эта тема действует безотказно. Появляется странное ощущение потери контроля над собой, мне стыдно плакать, но ничего не могу с собой поделать. Заикание, конечно, очень мешает, так как не можешь сказать, что хочешь и как хочешь. Приходится вставлять вводные слова, тогда «с разбега» получается легче; заменять слова не такими нужными и точными, но более «удобными», но и это не всегда помогает. На осуществление моих планов заикание влияет лишь в некоторой степени, например не могу поступить на курсы иностранных языков, но основные задачи — кончить институт и начать работать — я могу осуществить. Сейчас темп моей речи немного завышен, со слов матери знаю, что быстро начала говорить именно после начала заикания. Иногда это даже помогает, на скорости легче «проскочить» трудные обороты, но здесь тоже нет закономерности».

На 5-м курсе института больная много и усиленно занималась, иногда, несмотря на усталость, работала по ночам, недосыпала. Последнее время стала более раздражительной, не всегда могла сдерживаться, участились периоды пониженного настроения, во время которых особенно тяготится своей речью и обществом людей. В 1969 г. обратилась в Лабораторию функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского и была направлена на стационарное лечение.

Внутренние органы без особенностей, осмотр невропатолога патологии не выявил. ЭЭГ: регионарные различия сглажены. Повсеместно доминируют низкоамплитудные высокочастотные колебания типа бета-активности. Реакция на функциональные пробы (открытие глаз, звуковая и световая стимуляция) не выражена. Заключение: локальные нарушения биоэлектрической активности не выявлены. Регистрируются диффузные изменения в виде отсутствия альфа-ритма, снижения амплитуды колебаний, преобладания бета-активности, что связано с усилением активности стволовых структур мозга.

Больная охотно вступает в контакт, подробно рассказывает о себе. Ответы по существу, речь грамматически правильная, словарный запас достаточный. Внимание сосредоточено на беседе, речь эмоциональная, мимика живая, адекватная. Настроение преимущественно ровное, спокойное, лишь при упоминании о заикании на глазах появляются слезы. Быстро справляется с собой, успокаивается и продолжает беседу ровным и спокойным голосом. К режиму отделения привыкла быстро, держится спокойно, тактично, с чувством дистанции. С больными общительна, ровна, никогда не отказывается помочь тем, кто в этом нуждается. Себя оценивает как спокойного, уравновешенного человека, способного, несмотря на заикание, многого добиться в жизни. К лечению относится достаточно серьезно, аккуратно выполняет все назначения и распоряжения врача. Тщательно готовит все задания логопеда, внимательна и собрана на коллективных занятиях. Во время пребывания

в больнице выраженного страха речи не испытывает, отмечает некоторое волнение и состояние внутреннего напряжения лишь во время первых коллективных обходов врачей во главе с заведующим отделением, однако и в этих ситуациях вскоре стала чувствовать себя значительно спокойнее. Сон спокойный, засыпание не нарушено. Память хорошая, интеллект высокий. Спокойно и правильно оценивает свое состояние, после выписки намерена продолжать учебу в институте. Состояние речи определяется заиканием средней тяжести, тоноклонической формы, артикуляторно-дыхательного типа.

Лечение: общеукрепляющее, гидротерапия, седуксен до 15 мг/сут, элениум до 30 мг/сут, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, коллективные психотерапевтические беседы, индивидуальные и коллективные логопедические занятия, логопедическая ритмика.

В процессе лечения отмечалось постепенное улучшение речи, заикание тонического характера возникало только в спонтанной речи в момент отвлеченной беседы или спора. Темп речи на занятиях приблизился к норме, страха и напряжения во время речи не испытывает. При выписке даны рекомендации по самостоятельной работе над речью.

Спустя месяц после выписки общее состояние больной хорошее, стала увереннее и спокойнее держаться во многих речевых ситуациях. Во время контроля за темпом речи говорит почти без заикания в любой обстановке. Много занимается, стараясь наверстать пропущенное в институте; успешно справляется с трудными и большими заданиями. Охотно отвечает на зачетах, выступает на семинарах, где, несмотря на некоторое волнение, говорит свободно. Старается меньше пользоваться заменой слов и словами-эмболами. Настроение преимущественно ровное, спокойное. Своим состоянием и результатами лечения довольна, считает свою речь достаточно хорошей.

Диагноз: невротическое заикание средней тяжести у личности, склонной к невротическим реакциям по астеническому типу.

Подводя итог, можно сказать, что взрослые, социально адаптированные больные с затяжными и тяжело протекающими формами эволюционного заикания представляют собой нозологически разнородную группу. Объединяющим клиническим проявлением для всех больных можно считать логофобический синдром, включающий в себя нарушение речевой функции в форме заикания, страх речи, аффективные расстройства и астенические (пассивно-оборонительные) формы реагирования в трудных для больных ситуациях. Проявления отдельных компонентов этого синдрома находятся в тесной зависимости от нозологической принадлежности больных.

В группе больных с невротическими расстройствами логофобический синдром представлен наиболее полно, он преобладает во всей клинической картине и является облигатным клиническим проявлением.

У больных психопатиями логофобический синдром выступает в качестве факультативного синдрома, хотя и является однозначным всему типу реагирования, свойст-

венному, в частности, тормозным психопатическим личностям.

В группе больных с явлениями раннего органического поражения центральной нервной системы в структуре логофобического синдрома преобладают речевая судорожность и аффективные расстройства. Наиболее типичны для этой группы больных полиморфизм и стабильность психопатологических и речевых нарушений и сравнительно малая зависимость степени заикания от трудной речевой ситуации.

У больных вялопрогредиентной шизофренией логофобический синдром существует на фоне сложной процессуальной симптоматики и у части больных приобретает характер дисморфофобии или входит в структуру развернутого ипохондрического синдрома.

На основании изложенного выше мы рекомендуем решать терапевтические задачи при затяжных и тяжелых формах эволюционного заикания с учетом психологической разнородности взрослых больных, страдающих заиканием.

Лечение заикания у взрослых

Лечение заикания у взрослых проводится как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Общим остается принцип сплочения больных в лечебные коллективы и осуществление курса лечения по единому плану, включающему комплекс медико-педагогических мероприятий (медикаментозные, психотерапевтические, логопедические, логоритмические).

Перед началом лечения проводится сбор анамнеза. Для этого за месяц до поступления в стационар больным рассылают специальные анкеты (см. Приложение), содержащие вопросы о наследственной отягощенности, характеристике ближайших родственников, об истории соматического, психического и речевого развития больного, об особенностях детского, пубертатного и юношеского возрастов, о характерологических особенностях больного, об истории его жизни, о течении болезни и ранее проводившемся лечении. Эти анкеты больной заполняет дома с помощью родных и близких, более осведомленных о ранних годах его жизни. Полученные данные предоставляют врачу довольно обширную предварительную информацию о каждом больном. Сбор такой информации в стенах больницы сразу после поступления больного занял бы

слишком много времени и нарушил бы режим щадящей речевой нагрузки, необходимый именно в первые дни пребывания больных в стационаре.

Медицинское обследование проводится при поступлении больных на лечение. Медицинский диагноз устанавливается обычно в течение первых 10 дней пребывания больных в клинике на основании клинических исследований, логопедических наблюдений и параклинических обследований.

Работа психиатра в процессе исследования больных, страдающих заиканием, заключается в целенаправленной беседе, с помощью которой собирают анамнез жизни и устанавливают историю заболевания, получают сведения о больных, о личности заикающегося, просят рассказать о его речевом поведении (модусе реагирования) в ситуациях реальной опасности, смущения, горя, радости, неожиданности, новизны в обществе малознакомых, неприятных, приятных лиц, в ответственной и официальной обстановке и т. п.

Сведения, касающиеся развития болезни, отношения к своему речевому дефекту, больные обычно избегают давать на протяжении ряда бесед. Только в процессе всего лечения врач постоянно расширяет и углубляет свои наблюдения о состоянии больного. Повседневное наблюдение за общим поведением больного, сопоставление его высказываний с эмоциональными реакциями, формой контактов с окружающими, отношением к своему заболеванию, установкой на лечение и многое другое в совокупности с данными нервно-соматического и параклинических исследований позволяют определить тот фон, на котором возникает заикание, и поставить диагноз того или иного психического заболевания или отвергнуть последнее.

Логопедическое обследование

Логопедическое обследование наряду с медицинским осуществляется в первые 10 дней пребывания больных в клинике. Устанавливают глубину и тяжесть речевого дефекта, а также учитывают особенности нервно-психического состояния, после чего намечают план индивидуальной работы с заикающимся в рамках комплексного медико-педагогического метода. Определяют также последовательность и сроки проведения функциональных тренировок.

Описание состояния речи заикающихся проводится по следующей схеме.

Характер речевых судорог
Тип судорог (локализация)
Тяжесть заикания
Страх речи
Содружественные движения
Насильственные движения
Тремор
Речевые уловки
Эмболофразии
Дислалия
Стертая форма дизартрии
Темп речи: замедленный, ускоренный, скороговорение
Элементы клаттеринга
Наличие волнения в процессе заикания, реакция на волнение
Фиксация внимания на речевом процессе и ее влияние на заикание
Влияние сложности речевой ситуации на заикание
Влияние физической нагрузки на заикание
Заикание при различных видах речевой нагрузки:
 спонтанная речь
 вопросно-ответная речь
 ритмизованная речь
 беседа
 чтение
Наличие общего мышечного напряжения во время заикания

Этапы стационарного лечения

Первичный курс лечения, проводимый взрослым заикающимся в условиях стационара, в целом подразделяется на несколько этапов. Первый этап — подготовительный, длится 5—7 дней. Второй этап — активной терапии, занимает по длительности основное место, его продолжительность достигает 20 дней. Третий этап — активной тренировки, длится 10 дней. Четвертый этап — завершающий, в ходе которого происходит предельное усложнение речевых ситуаций, занимает 3—5 дней.

Каждый из этих этапов характеризуется преобладанием определенных элементов общего комплексного метода.

Подготовительный этап

С целью облегчения адаптации больных в условиях стационара, а также с целью угашения патологических речевых навыков всем пациентам в первую неделю пребывания в клинике рекомендуется ограничение речевого

общения. Обычно в это время проводят не только логопедическое, психоневрологическое, но и соматическое, лабораторное и необходимое инструментальное обследование больных. В этом же периоде больных знакомят с особенностями стационара, спецификой режима и планом предстоящего лечения. Параллельно формируют коллективы больных для проведения общих занятий логопедической ритмикой и коллективных логопедических занятий, проводимых в вечернее время под руководством логопеда.

Принцип комплектования логопедических групп

В Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского работа с заикающимися взрослыми больными проводится с учетом их клинической разнородности.

Выбор медико-педагогических приемов работы с этой категорией больных определяется нозологической принадлежностью пациента, формой заикания (невротической, неврозоподобной), превалированием в общей картине заболевания невротических или органических нарушений, а также выраженностью судорожных проявлений в речи.

Лечебная работа проводится поточным методом. Комплектуются первичные и повторные потоки из больных впервые и повторно поступающих на лечение. Каждый поток состоит из 20 больных (10 мужчин и 10 женщин).

Разнополый состав лечебных групп заикающихся обычно более дисциплинированный, инициативный, активный и внешне подтянутый по сравнению с однополым.

Логопедическая работа осуществляется как в микрогруппах, состоящих из 4—6 человек, так и в виде индивидуальных и коллективных занятий со всем потоком.

Комплектование микрогрупп предусматривает, помимо клинического принципа, объединение больных по параметрам возраста, интеллектуального уровня и пола.

Общепринятым является положение о том, что работа с заикающимися должна проводиться в коллективе. Но учитывая характер вторичных невротических наслоений, которыми обрastaет заикание, нельзя не признать, что

в любом случае коллективная работа по коррекции речевого дефекта должна идти параллельно с индивидуальной психотерапевтической работой, в которой роль логопеда не менее значима, чем роль врача.

Вопросно-ответная форма речи доступна далеко не всем заикающимся. Следовательно, они не всегда могут служить психотерапевтической базой, обеспечивающей возможность одновременного включения всех больных в коллективные занятия. К этим занятиям больные должны быть подготовлены. И здесь на первый план выступают беседы логопедов, цель которых — не только определить речевые возможности пациента, но и наметить вместе с ним план работы, определить ближайшие и отдаленные ее перспективы, методические приемы и уровень активности данного больного в коллективных тренировках на различных этапах лечения.

Говоря об учете нозологической принадлежности заикающихся при комплектовании логопедических микрогрупп, мы имеем в виду место, цель и характер логопедических занятий, необходимых заикающимся невротикам и больным с органическими нарушениями ЦНС различного генеза и степени выраженности.

В одну логопедическую микрогруппу собирают больных с минимальной выраженностью заикания, болезненным отношением к речевому дефекту, примерно равным интеллектуальным уровнем и возрастным цензом. Включение подростков к взрослым в общие группы в этом случае оказывает отрицательное психотерапевтическое влияние на подростков.

Болезненное отношение к речевому дефекту при минимальной его выраженности чаще всего встречается у заикающихся невротиков и больных шизофренией. Группа больных невротиков требует массивной психотерапевтической работы, которая на логопедических занятиях принимает характер усложненных функциональных тренировок вне стен лечебного учреждения, а в логопедическом кабинете — использования метода моделирования (типа инсценировок) различных речевых ситуаций.

Вторую логопедическую микрогруппу составляют больные с выраженным заиканием на фоне резидуальных явлений органического поражения ЦНС.

Учет преимущественной локализации судорожных пароксизмов лежит в основе перспективного плана работы с каждым. Среди членов этого лечебного коллектива хорошо искать представителей различных возрастных групп,

ибо старшие по возрасту и люди, привыкшие к систематической работе с книгой, дисциплинируют и настраивают на серьезные занятия по самоподготовке менее организованных членов микрогруппы, обеспечивают взаимопомощь с учетом знания задач и трудностей каждого.

Учет интеллектуального уровня больных при комплектовании подобных групп менее важен, так как длительное время работа ведется индивидуально на фоне коллектива. К тому же моменту, когда она принимает характер коллективных тренировок, больные находятся на уровне диалогической речи, материалом для которой служат в первую очередь бытовые темы.

Единым направлением в работе в этой группе больных следует считать формирование новых (нормальных) речевых стереотипов, расширение словарного запаса и развитие речи как средства общения.

В 3-ю так называемую смешанную группу входят больные, страдающие заиканием невротического характера на фоне резидуальных явлений органического нарушения ЦНС. Их не выделяют в отдельные логопедические группы, а распределяют между 1-й и 2-й в зависимости от преимущественной выраженности судорожного расстройства речи или логофобии. Больные этой 3-й группы в равной мере нуждаются как в собственно логопедических занятиях, так и в психотерапевтически опосредованных вариантах этих занятий.

В зависимости от того, насколько в процессе работы с больными изменяется интенсивность отдельных проявлений логофобического синдрома (страха речи, субдепрессивного настроения, пассивно-оборонительных, астенических форм реагирования, речевой судорожности), решается вопрос о возможности или необходимости перевода этих больных из одной логопедической микрогруппы в другую. Требования, касающиеся пола, возраста, интеллектуального уровня заикающихся, распространяются на больных этой группы в зависимости от того, в какой лечебный коллектив они вливаются.

В повторных потоках сохраняется тот же принцип распределения больных по логопедическим группам. Но время, отводимое индивидуальным занятиям, значительно сокращается, а предъявляемый больным речевой материал усложняется.

Значительно раньше, примерно со 2-й недели, начинаются пятиминутки и функциональные тренировки вне стен лечебного учреждения.

Этап активной терапии

Начиная со 2-й недели пребывания в стационаре, больные включаются в коллективные занятия аутогенной тренировкой, проводимой по специализированной модификации, разработанной логопедом А. И. Лубенской применительно к лечению заикающихся, а также в систематические индивидуальные занятия с логопедами. К этому времени определяются как основные медикаментозные назначения, так и направленность индивидуальной психотерапии, проводимой лечащими врачами.

Этап активных тренировок

Для третьего этапа — активных тренировок — больные выходят за пределы стационара для проведения под руководством психотерапевтов и логопедов функциональных речевых тренировок, максимально приближенных к ситуациям обыденного речевого общения (разговор на улице, в магазине с продавцом, у кассы, по телефону и т. п.). На этом этапе все лечебные воздействия направлены на реализацию речевого общения больных с окружающими в усложняющихся речевых ситуациях, предельно приближенных к ситуациям обыденной жизни. Одновременно этап активных тренировок включает в себя подготовку к завершающему этапу, в котором трудность речевых ситуаций еще более возрастает.

Заключительный этап

Четвертый, завершающий, этап содержит предельно сложную для больных речевую нагрузку — индивидуальные и коллективные речевые выступления перед многочленной аудиторией. Выступления имеют форму концертной программы с включением музыкальных номеров (мелодекламация, сольное и хоровое пение). Подготовка к завершающему этапу проходит, как уже было сказано, в периоде активных тренировок обычно под руководством логопеда, который на предыдущих этапах проводил с больными вечерние коллективные занятия. Определенная часть программы завершающего выступления готовится под руководством логоритмиста. Другие звенья комплексного лечебного воздействия также прямо или косвенно направлены на максимальное положительное эмоциональное воздействие в результате преодоления больными

столь серьезного и важного речевого испытания. Эта цель преследуется как во время разъяснительной и активирующей психотерапии, так и в ходе аутогенных тренировок.

Перед выпиской из стационара каждый из специалистов, участвовавших в работе с больными, проводит с каждым из своих пациентов индивидуальную беседу, в ходе которой еще раз уточняются психотерапевтические установки применительно к обычным внебольничным условиям и даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе в рамках поддерживающих логопедических занятий, аутогенной тренировки, повторения некоторых элементов логопедической ритмики.

Основные положения комплексного медико-педагогического метода, применяемого в стационарах

Главные положения медико-педагогического принципа, принятые за основу проводимой системы лечебного воздействия, следующие.

а. Комплексность. Это не просто сочетание, но и взаимопроникновение медицинских и педагогических приемов (например, психотерапевтическая методика, специализированная аутогенная тренировка включают в себя речевой логопедический материал; индивидуальные логопедические занятия с больным в свою очередь проходят с использованием психотерапевтической методики функциональных тренировок и т. д.).

б. Поэтапность. Это понятие почерпнуто из педагогики. Согласно ему, все виды нагрузки, требующие от больных усвоения какого-либо материала (логопедический, психотерапевтический, логоритмический), должны возрастать от простого к сложному с тем, чтобы каждый из этапов с самого начала позволял больному добиваться определенных успехов и тем самым получать положительное эмоциональное подкрепление.

в. Нозологическая дифференцированность и индивидуализация лечебных воздействий — это положение является основой современной медицины, но в определенной мере оно близко к педагогике и состоит в последовательном проведении нозологической дифференциации и персональной индивидуализации средств лечебного воздействия.

Медикаментозная терапия и физиотерапия

Ввиду клинической неоднородности больных с заиканием принципы лечения и логопедической работы дифференцировались с учетом основного заболевания, на фоне которого отмечалось заикание. Если в группе больных с невротическими расстройствами большое значение имела целенаправленная психотерапия в сочетании с назначением седативных средств (седуксен, элениум в малых и средних дозах), то у больных с органическим поражением центральной нервной системы нередко применялось дегидратационное и симптоматическое лечение; в случаях с выраженными аффективными колебаниями по дисфорическому типу хороший результат наблюдался от применения средних суточных доз антидепрессантов в сочетании с транквилизаторами: амитриптилин (триптизол) по 10—15 мг и седуксен по 5—20 мг. В логопедической работе с больными этой группы основное внимание уделяли коррекции речевых нарушений путем индивидуальных речевых тренировок с постепенным усложнением речевого материала. Лишь после этого этапа можно было перейти к функциональным тренировкам больных в патогенных ситуациях.

Больные с органическим поражением центральной нервной системы обычно нуждались в более длительной поддерживающей терапии после окончания стационарного курса лечения.

Значительно большее внимание уделяли психофармакологическому лечению у больных шизофренией. Здесь, помимо транквилизаторов и антидепрессантов, применяли препараты из группы нейролептиков, но, как правило, в небольших суточных дозах (галоперидол 1,0—4 мг, мажептил 2—10 мг), поскольку больные часто плохо переносят эти препараты в больших дозах. Во всех случаях шизофрении стремились к оптимальному соотношению между медикаментозными и психотерапевтическими методами лечения.

Всем больным обычно назначали и общеукрепляющую медикаментозную терапию (глюкоза с витаминами, глицерофосфат кальция и т. п.).

Физиотерапевтические процедуры больным с заиканием в стационаре назначались после консультации физиотерапевта. Главным образом применяли различные бальнеологические и ионофоретические процедуры с

целью регуляции общего тонуса центральной и вегетативной нервной системы. Физиотерапевтические процедуры следует проводить по утрам 3 раза в неделю.

Психотерапия и аутогенная тренировка

Психотерапия заикающихся в стационаре имеет целью прямое и косвенное психотерапевтическое воздействие. В соответствии с взаимопроникновением медицинского и педагогического принципов как в логопедических, так и логоритмических занятиях выделяют ряд косвенно психотерапевтических моментов. Так, например, на коллективных логопедических и логоритмических занятиях используется прием «психотерапевтического зеркала» [Либих С. С., 1974], позволяющий на самых ранних этапах лечения всем больным убедиться в том, что, несмотря на заикание, у них сохранена способность говорить плавно и правильно. Это внушает больным оптимизм, активизирует и стимулирует их. Следование деонтологическим принципам при построении логопедической работы, естественно, насыщает психотерапевтическими элементами и другие ее звенья. На этапе активных тренировок индивидуальные логопедические занятия приобретают еще более выраженный психотерапевтический характер. Эти занятия строят в соответствии с требованиями психотерапевтической методики функциональных тренировок, преследующих в данном случае цель устранить страх перед речью и подвести больного к возможности говорить свободно в сложной, патогенной для него речевой ситуации. Финалом функциональных тренировок является публичное выступление на заключительном этапе лечения.

Следует отметить, что принцип клинической и индивидуализированной дифференциации средств лечебного воздействия там, где дело касается психотерапии или фармакотерапии, особенно важен, так как его нарушения приводят к особенно неприятным последствиям. В качестве примеров можно указать на особенно выраженный эффект психотерапии у больных с невротическим заиканием, на невозможность проведения речевых тренировок у больных с органическим поражением центральной нервной системы раньше, чем будет закончена основная логопедическая работа, на противопоказанность для большинства заикающихся больных вялотекущей шизофренией занятий аутогенной тренировкой и т. д.

Переходя к описанию методов прямой психотерапии, нужно сказать, что, стремясь добиться максимальной активности заикающихся в процессе лечения, вместо методики пассивно-суггестивной психотерапии лучше применять методики, стимулирующие активность больных, а именно рациональную психотерапию и аутогенную тренировку.

Рациональная психотерапия проводится в форме коллективных и индивидуальных бесед с больными. Индивидуальные беседы ведут лечащие врачи, коллективные — проходят под руководством выделенного для каждого потока ведущего врача. Здесь уместно повторить, что элементы разъяснительной, рациональной психотерапии встречаются и в других звеньях комплексного лечения.

Коллективные психотерапевтические беседы проводят обычно 1 раз в неделю, их число достигает 7—8 за курс лечения. Каждая беседа продолжается 1—1½ ч и состоит, как правило, из трех частей. В первой части освещается ход лечения с анализом проведенных лечебных мероприятий и объяснением тех, которые предстоят в ближайшее время. Вторая часть беседы отводится для изложения основных проблем клиники, этиологии, патогенеза заикания, истории и современным возможностям его лечения. Вторая часть беседы преследует главным образом следующие цели: помочь преодолению нередкой переоценки тяжести своего речевого дефекта, развить у больного необходимый для успешного лечения терапевтический оптимизм, стимулировать активность заикающегося по отношению к проводимой терапии. В третьей части беседы мы используем прием анонимных ответов на вопросы. Ответы просят подготовить заранее и вручить врачу перед началом беседы. Практикуются ответы на вопросы, задаваемые с места устно. Эта часть сеанса коллективной рациональной терапии помогает больным наилучшим образом адаптироваться к условиям стационара, преодолеть возникающие по каким-либо вопросам разногласия и, следовательно, способствует сплочению больных в лечебный коллектив, что особенно важно на первом этапе лечения в клинике.

Индивидуальные психотерапевтические беседы проходят ежедневно, но не имеют строгого плана и определенной продолжительности. Во время этих бесед разрешаются частные проблемы, возникающие по ходу лечения перед каждым больным. Ряд вопросов, по тем или иным причинам не подлежащих обсуждению во время сеансов

коллективной психотерапии, разъясняются в процессе индивидуальной психотерапевтической работы с заикающимися.

Все применяемые методические приемы имеют единую психотерапевтическую направленность с использованием так называемых косвенных приемов психотерапии (например, «психотерапевтического зеркала», когда, не формулируя этого вербально, врач или логопед так строит занятия, что успехи и достижения одних участников используются как средство активизации и мобилизации других); в то же время психотерапия строится с максимальным использованием логоортопедии.

Основой, принятой в стационаре методики аутогенной тренировки (в модификации А. И. Лубенской), явились приемы саморегуляции Schultz (1960), принципы органотренировки Kleinsorge, Klumbies (1970), метод произвольного мышечного расслабления Jacobson (1965), вариант аутогенной тренировки, разработанной Г. С. Беляевым и Мажниц (1968), и модификация аутогенной тренировки М. С. Лебединского и Т. Л. Бортник (1969), направленная на устранение вазовегетативных реакций, отдельных невротических состояний и на коррекцию поведения путем произвольного снижения эмоционального напряжения в различных по трудности жизненных ситуациях.

Весь курс аутогенной тренировки делится на четыре этапа: подготовительный (10—12 дней) — обследование заикающихся и ознакомление их с задачами и спецификой этого вида терапии; второй этап — основные приемы саморегуляции — главный этап, он занимает 12—14 коллективных занятий; третий этап — отработка навыков локальной релаксации мышц, в которых возникает патологическое напряжение (судорожность) — этот этап очень важен в психотерапевтическом и речевом плане, он длится 18—20 занятий; четвертый этап — овладение сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и использованием навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности. Этот этап занимает 8—10 занятий. Схема тренировки включает расширенную формулу спокойствия и самоотчет больного. Основные изменения в процессе прохождения основными этапами аутогенной тренировки претерпевают упражнения в произвольной регуляции мышечного тонуса и речевые тренировки. Овладение навыками произвольной регуляции мышечного тонуса начинается с обучения боль-

ных приемам напряжения и расслабления мышц правой руки и заканчивается автоматизацией навыков саморегуляции речевой мускулатуры. В процессе речевых тренировок во время аутогенной тренировки заикающиеся постепенно переходят от мысленного протектирования к шепотной и громкой речи, от коллективной работы к индивидуальной и от сопряженного протектирования речевого материала к спонтанной речи и публичным выступлениям.

Существенной особенностью, предложенной А. И. Лубенской модификации аутогенной тренировки, является введение приема представлений большим желаемого образа с идеальной речью и постепенной заменой его представлением себя в этой роли в соответствующей трудной речевой ситуации. Реализация этого приема может быть приравнена к моделированию правильного речевого поведения заикающегося в трудной речевой ситуации, что, естественно, является крайне ценным моментом в процессе лечения больных, страдающих заиканием.

Логопедическая работа

Собственно логопедическая, дидактическая, коррекционная и логотренировочная работа, проводимая логопедами, строится в зависимости от клинической принадлежности заикающегося, его возраста, развития, личностных особенностей. Направленность и последовательность индивидуальных логопедических занятий определяются также и результатами речевого обследования, выявляющего характер судорог, их локализацию, степень и глубину речевого нарушения, наличие сопутствующих речевых расстройств и их особенность. Логопед добивается выработки правильного и свободного речевого дыхания, артикуляции, улучшения голосовых качеств. При наличии элементов дислалии и ринолалии логопед корригирует и эти расстройства. Опыт работы с наиболее репрезентативным составом больных — с невротическим и неврозоподобным заиканием показал, что акцент на логопедических занятиях более всего уместен при работе с больными, у которых определяется неврозоподобное заикание на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности. У больных с невротическим заиканием более эффективны психотерапевтические приемы. Функциональные тренировки речи, которые у больных с органическим поражением центральной нервной системы можно прово-

доть лишь после усвоения правильных речевых навыков, больным с невротическим заиканием можно назначать уже на втором этапе лечения. Как уже было сказано, эти тренировки представляют собой психотерапевтический прием, направленный на освоение заикающимися все более и более сложных речевых ситуаций и тем самым на угашение страха речи в патогенной для больного обстановке.

Практическая работа с заикающимися с самого начала требует четкого подбора речевого материала в соответствии со всей совокупностью проявлений заикания (особенности нарушений дыхания, артикуляции, голоса и т. д.).

Нарушения в артикуляционной сфере требуют не только развития моторики артикуляционного аппарата, но и тренировки моторной функции вообще.

Текстовый материал для логопедических занятий должен нести определенную смысловую нагрузку, оказывать положительное влияние на настроение больного, его чувства, интеллект. Этот материал помогает увидеть красоту в жизни, природе, человеческих характерах и поведении, что необходимо для большинства заикающихся.

Важно работать не только над артикуляцией или голосом, но и тренировать полученные ранее навыки выразительной интонации, умение логически анализировать текст во всех речевых занятиях. Логопед, зная специфику заикания у того или иного больного, при подборе речевого материала для логопедических занятий и функциональных тренировок учитывает не только особенности речевого нарушения, но и уровень образования и развития заикающегося. В первые же дни обследования логопед и врач выявляют потенциальные речевые возможности каждого больного и его эмоциональные реакции на различные формы речевой активности (какие виды речи сохранены, какие речевые ситуации особенно трудны, а какие не вызывают усиления заикания).

Учет всех этих факторов позволяет логопеду индивидуализировать работу с каждым больным, а также определить последовательность и сроки проведения функциональных тренировок.

Начальный этап функциональных тренировок начинается уже с первых логопедических занятий, где отрабатываются все виды звуковой речи (сопряженная, отраженная, чтение стихов и прозы), после чего переходят к тренировке вопросно-ответной формы речи, которая в основном

и используется в условиях обычного речевого общения. Как и вся логопедическая работа, тренировка диалогической речи начинается с более легкой, развернутой, ситуативной речи. Больному предлагают составить краткие вопросы по поводу предметов, находящихся в кабинете логопеда, вопросы-обращения к другим больным, а также вопросы и ответы по картинке, по содержанию прочитанного текста. В дальнейшем тренируют речь больного при ответах на перекрестные вопросы. Усложняются речевые ситуации, а вместе с ними усложняется речевой материал.

На первом этапе функциональных тренировок в условиях логопедического кабинета предусматривается как индивидуальная логопедическая работа, так и работа в малых группах (3—4 человека). Эти группы формируют в зависимости от состояния речи заикающегося и выраженности у него страха перед ней. Если больной не может выступать в большом коллективе, с ним проводят индивидуальные занятия или занятия в малой группе. Кроме того, раз в неделю устраивают коллективные занятия логопеда со всеми больными, где они имеют возможность проверить полученные ранее навыки в трудной для них ситуации речевого общения в присутствии большого коллектива. На этих занятиях больным предлагают различные вопросы усложненного типа, тематические, перекрестные игры и др.

К таким выступлениям больные тщательно готовятся, отрабатывают нужные тексты в малых группах. Коллективные занятия становятся как бы итогом недельной работы над речью.

Каждое последующее занятие в речевом плане является более сложным, чем предыдущее.

Во время еженедельных совместных обходов врачей и логопедов больные также пользуются диалогической речью. Этот вид речи отрабатывается и при общении с другими больными в палате, с персоналом в отделении, при свиданиях с родственниками, но вся эта тренировка речи происходит в стенах и на территории больницы, в условиях так называемого речевого микроклимата.

После того как вырабатывается прочный навык данного вида речи и будут получены хорошие результаты диалогического общения в условиях логопедического кабинета, следует переходить к тренировкам вопросно-ответной формы речи вне стен лечебного учреждения, в условиях, приближенных к обычной жизни, к так назы-

ваемому речевому макроклимату. Для этого практикуются речевые занятия на прогулках в городе, на улицах, в магазинах, в общественном транспорте.

Перед выходом в город с больными проводят беседу, во время которой логопед и врач рассказывают о необходимости тренировок речи в более сложных условиях. Одновременно на занятиях специализированной аутогенной тренировкой перед выходом в город отрабатывается представление успешного речевого общения в ситуации, которую больному предстоит практически освоить, тренируется правильное поведение в этих условиях. Первый выход в город проводится без речевого общения, затем больным рекомендуется обращаться с короткими вопросами к прохожим. Пациенты заранее репетируют эти вопросы в условиях логопедического кабинета и на фронтальных вечерних занятиях. Необходимо подчеркнуть, что функциональные тренировки воспитывают внимание к речи собеседника, сдержанность при общении, умение управлять своим поведением в моменты эмоционального напряжения, стимулируют речевую активность и перевоспитывают личность заикающегося.

Заключительным этапом работы логопеда с заикающимися взрослыми является подготовка их к публичному выступлению. Материал для выступлений подбирают с учетом индивидуальных особенностей больных. Все выступление подчинено, как правило, определенной теме, отдельные его части связываются воедино текстом ведущего или музыкальным сопровождением, что обеспечивает определенный ритм выступления. Речевая нагрузка при этом не должна превышать возможностей больного. Обычно к моменту публичного выступления заикающиеся уже подготовлены к общению с аудиторией.

На важность и необходимость заключительной функциональной тренировки, имеющей целью научить преодолевать страх перед речью в наиболее трудных речевых ситуациях, заикающимся указывают с первых дней их пребывания в стационаре, в коллективных и индивидуальных беседах, проводимых врачами и логопедами. Все групповые еженедельные функциональные тренировки рассматриваются как подготовка к заключительному выступлению.

Функциональные тренировки речи дают возможность закрепить полученные речевые навыки в обычных жизненных условиях и помогают заикающимся выработать правильное отношение к трудным речевым ситуациям.

Логопедическая работа на всем протяжении пребывания больного в клинике неразрывно связана с психотерапевтическим и медикаментозным лечением, осуществляемым врачами. Видимо, в силу всего этого комплексный медико-педагогический метод дает наибольший эффект при лечении больных с заиканием.

Логопедическая ритмика

Необходимость включения в комплексный медико-педагогический метод логопедической ритмики связана с известными наблюдениями, согласно которым у заикающихся отмечается слабость голосовых связок, поверхностное дыхание, вялая артикуляция, сниженная музыкальная память, плохие координаторно-ритмические навыки в сфере не только речевой, но и общей моторики (см. гл. 6).

Работа логоритмиста включает специальное обследование больных и проведение ежедневных коллективных и индивидуальных занятий с музыкальным сопровождением. В курсе стационарного лечения обычно проводят 30 таких занятий. Каждое занятие является ступенью на шкале возрастающих по трудности ритмических заданий и речевых нагрузок. Занятие обычно включает организующие упражнения, общие дыхательные упражнения, речевые упражнения без предметов, речевые упражнения с предметами, упражнения с целью улучшения двигательной координации и усиления моторной памяти (это достигается путем запоминания и воспроизведения последовательного ряда движений), упражнения, методически построенные на использовании специального распевания и пения (с целью улучшения ритмичности дыхания, выработки более длительного и плавного речевого выдоха и укорочения речевого вдоха). Научная разработка вопросов логопедической ритмики с учетом клинической принадлежности взрослых заикающихся разработана в Лаборатории патологии речи Е. В. Оганесяном (1980).

Поддерживающая терапия после выписки из стационара

Курсовое лечение в стационаре продолжается в виде поддерживающей терапии и после выписки заикающихся из стационара.

Окончивших курс лечения приглашают посещать клинику вечером в определенные дни месяца, например, в последнюю среду месяца, для встречи с логопедом и врачом, а также с другими заикающимися, ранее прошедшими лечение в клинике.

Больные имеют возможность посещать амбулаторно консультативный прием врачей и логопедов клиники один раз в неделю в утренние часы. После курса лечения в стационаре для закрепления полученных результатов больные должны получать амбулаторно поддерживающую терапию, сроки которой определяются индивидуально.

Основным направлением на этом этапе является самостоятельная работа больных над речью.

Здесь следует указать, что основные трудности, встречающиеся при лечении заикания у взрослых, обычно обусловлены тяжестью фона, на котором протекает заикание, что, естественно, требует усиления медикаментозной терапии основного заболевания. Правильные педагогические воздействия, например, при психопатиях значительно облегчают работу по перевоспитанию личности, помогают выработать адекватные установки в отношении речевого дефекта, его лечения и всей социальной деятельности больных.

Одной из важных психотерапевтических задач является сплочение для достижения единой цели по существу нозологически разнородных больных, что требует постоянного и тщательного врачебного наблюдения, коррекции поведения заикающихся и неустанной работы по перевоспитанию их личностных реакций в сторону выработки коллективного стремления к устранению дефектов речи, постоянной помощи друг другу в преодолении навязчивого ожидания речевых неудач, в снижении страха перед речью. Однако малейший недоучет возрастных, социальных, общеобразовательных различий и расхождений в культурном уровне, а главное—недоучет психопатологической разнородности сразу влекут за собой разлад в коллективе больных и срыв их самостоятельной работы над речью в свободное от занятий с логопедами и врачебных мероприятий время.

Таким образом, комплексная терапия взрослых больных с заиканием основана на следующих принципах:

— главное направление лечебно-педагогической работы определяется клинической принадлежностью и этапом заболевания;

— обязательное широкое применение всего арсенала комплексного медико-педагогического метода — психотерапии, фармакотерапии, функциональных речевых тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, логопедической ритмики и лечебной физкультуры, физиотерапии и общеукрепляющего лечения.

В заключение следует подчеркнуть, что лечение заикания как в детском возрасте, так и у взрослых требует тесной и взаимосвязанной работы психиатров, невропатологов и педагогов-логопедов. Недоучет педагогических принципов в лечебной работе, в частности в психотерапии заикания, а также отсутствие внимания логопедов к возможным психопатологическим проявлениям у больных с заиканием не только методологически неверны, но и чреваты неудачами при лечении заикания.

Ниже приведенный клинический пример иллюстрирует заикание у больного вялопрогредиентной шизофренией.

Больной Н. К., 1952 года рождения, студент.

При поступлении жаловался на заикание, из-за которого не может общаться с окружающими, подавленное настроение, чувство скованности и неестественного поведения в присутствии людей.

Анамнестические сведения: больной из семьи служащих. Отец в детстве страдал заиканием, которое с возрастом постепенно прошло. Мать — тревожная, подозрительная и раздражительная. Больной родился в срок, от нормально протекавшей беременности. Речь развивалась с опережением обычных сроков ее становления, была ускоренной по темпу. В 3-летнем возрасте, в период общения с заикающимся сверстником, в речи больного начали отмечаться первые запинки. В 5 лет, после перенесенной скарлатины, заикание усилилось. Был консультирован логопедом, занимался с ним в течение 3 мес, но речь улучшалась лишь во время занятий. По характеру был живым, общительным, любил читать и фантазировать. Семи лет пошел в школу, в классе быстро освоился, чувствовал себя уверенно, несмотря на заикание, отвечал у доски спокойно, без смущения, учился отлично, единичные эпизоды поддразнивания по поводу своего речевого нарушения игнорировал и забывал. Занимался общественной работой, увлекался спортом, учился музыке. В учебе отдавал предпочтение физике и математике. Заикание к 5-му классу (12 лет) стало малозаметным. С 13 лет стал постепенно меняться по характеру. Испытывал чувство неуверенности в присутствии друзей, появилось ощущение своей несостоятельности и ущербности. Стал придирчив к своим словам и поступкам. Решил, что его заикание производит неприятное впечатление на окружающих и что им пренебрегают «как заикой». Стал замкнутым, дома репетировал свои устные ответы, добиваясь совершенно гладкой речи. Продолжал учиться на «отлично», но школьные успехи не радовали, настроение было грустным и подавленным. Стеснялся своего заикания. В течение года нарастала подавленность, усиливалось чувство неполноценности, появилась тоска, вялость, апатия, ощущение потери эмоций. Наряду с этим временами возникала возбужденность, тревожность, наплыв мыслей, боязнь «чего-то непонятного». Болезненно переживал свое равнодушие, «бесчувственность», потерю интереса ко

всему. Стал быстро уставать, по вечерам чувствовал себя утомленным. Испытывал ощущение «тупости» и «неясности в голове». Временами мнил, что к концу дня заикание нарастает. Вообще гораздо больше внимания уделял своей речи, постоянно следил за ней, старался говорить плавно, медленно, чтобы не были заметны запинки. Маскировал искусственно растягивая слова и звуки. Дома спрашивал родителей, действительно ли его речь «заикающаяся, уродливая». Раздражался, когда ему говорили, что его заикание почти незаметно. В этих случаях еще сильнее укреплялся в мнении о том, что его не понимают, обманывают. Все свои болезненные переживания связывал с заиканием. Настоял на консультации у логопеда. Получив совет специалиста заниматься самостоятельно, поскольку его заикание мало выражено, решил, что его речевых занятий. Стал много читать вслух. В школе при устных ответах у доски избегал распространенных фраз, старался говорить кратко. Во время ответа всякое замечание и перебивание одноклассников рассматривал как отрицательную реакцию на свою «плохую речь». Стал хуже усваивать школьный материал, снизилась успеваемость, прекратил общение со сверстниками. Отказывался устно отвечать у доски, просил опрашивать его письменно. В старших классах школы (16—17 лет) начал подолгу размышлять над проблемами происхождения материи, появлялась убежденность, будто он может «охватить внутренним взором многомерные связи Пространства - Времени». В этом же периоде начал уделять повышенное внимание своей внешности, подолгу рассматривал себя в зеркале, искал на своем лице «следы влияния заикания». Стал избегать показываться на улице, ездить на общественном транспорте. Находил, что у него «слишком большой рот», «асимметричные щеки», что все лицо как бы постоянно «перекошено речевой судорогой». Настроение оставалось подавленным, ничего не хотелось делать, не было желания жить. Со всеми держался холодно, замкнуто, раздраженно, настороженно. К концу школы (17 лет) состояние немного улучшилось, стал активнее, сумел выдержать экзамены на аттестат зрелости и поступить в вуз. Однако в институте успешно заниматься не смог. Вновь ухудшилось настроение, появилась апатия, чувство недовольства собой, неуверенности. Казалось, что все обращают внимание на его «речевое уродство», относятся к нему из-за этого «насмешливо и презрительно», недоброжелательно и даже враждебно. Иногда казалось, что кто-то говорит за спиной: «Занка, проклятый урод». В таком состоянии не мог заниматься, был вынужден взять академический отпуск. Был направлен на консультацию в Лабораторию функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского и принят на стационарное лечение.

При соматическом и неврологическом обследовании патологии не обнаружено.

Речевой статус. Больной говорит в ускоренном темпе, по мере беседы темп речи ускоряется. Речь монотонная, артикуляция вяловатая. На высоте ускорения речевого темпа недостаточно четко артикулирует звуки «в», «л», «с», «ш», хотя при более медленном темпе или при изолированном произнесении слов никаких дефектов звукопроизношения не выявляется. Речь грамотная, богатый словарный запас, синтаксис усложнен. Отмечается обилие эмболофразий, не связанных с речевыми судорогами редупликаций междометий, слов и кратких словосочетаний. Шепотная, сопряженная и отраженная речь — без заикания. При чтении прозы, ответах на вопросы, пересказе, изложении — небольшое количество легких судорожных запинок клонического

характера (губных, язычных, нижнечелюстных), быстро и легко преодолеваемых больным. Во время речи испытывает напряжение в груди, в области шеи и плечевого пояса, кажется, что глотательная «судорогой», однако при обследовании судорожных сокращений в этих группах мышц выявить не удается. Трудных звуков и речевых ситуаций больной не выделяет, считает для себя самым приятным любое речевое общение. Речевые запинки проявляются периодически: иногда вполне успешно удается аудиторное выступление, а иногда заикание возникает в спокойном разговоре с привычным собеседником. Тогда больной пытается маскировать его: прикрывает рот рукой, начинает растягивать звуки, отчего речь приобретает неуклюжий характер.

Заключение: легкое заикание преимущественно клонического характера, артикуляторного типа, на фоне ускоренного темпа речи.

При электромиографическом обследовании: в покое при предъявлении световых, звуковых и словесных раздражителей, при внутренней речи, а также при произнесении вслух не вызывающего заикания слова «сон» — отклонений от нормы не отмечается.

Психическое состояние. Больной подавлен, гипомимичен, малоактивен, держится замкнуто, скованно. Общая моторика несколько вычурная, неестественная. Речь многословная, но по содержанию расплывчатая, неточная. Контакт формальный. Тяготится заиканием, постоянными мыслями о «речевом уродстве», с которым связывает как все свое болезненное состояние, так и «враждебное», по его мнению, отношение к нему окружающих. Отмечает вялость, разбитость, часто возникающее чувство усталости, плохое настроение. В то же время, способен подолгу обстоятельно и по сути бессодержательно рассуждать о своих переживаниях в связи с заиканием, о наступивших «из-за этого изменениях». Отмечаются суточные колебания настроения: по утрам вялость, тяжесть в голове, апатичность, чувство недовольства; к вечеру активность несколько повышается наряду с появлением чувства неопределенной тревоги, неясного страха, наплывов мыслей. Изредка слышит оклики по имени. В отделении ни с кем не общается, не проявляет интереса к соседям по палате, не выражает эмоционального отклика при посещениях родных. Избегает выступлений на коллективных речевых занятиях, мотивируя это тем, что все «замечают его заикание». Испытывает затруднения при чтении и пересказе, так как смысл иногда «ускользает», слова «скользят мимо».

Диагноз: вялопрогредиентная шизофрения, заикание легкой степени.

Лечение: галоперидол до 3 мг/сут, трифтазин 5 мг/сут, триптизол 30 мг/сут, мидакалм 150 мг/сут, логотерапия, логоритмика, рациональная психотерапия.

Динамическое наблюдение. Настроение больного постепенно улучшилось, выровнялось, он стал активнее, перестали отмечаться наплывы мыслей, оклики, уменьшилось болезненное чувство внутренней душевной опустошенности. Стал больше читать, охотнее общался с соседями по палате, начал формально, а затем и все больше по существу соглашаться с тем, что речевое нарушение выражено не так уж сильно и не производит столь «отталкивающего» впечатления. Начал принимать участие в коллективных логопедических занятиях. Темп речи замедлился. В процессе лечения, несмотря на стойкие дисморфобические жалобы, стал заметно активнее и общительнее, много читал, стал думать о возвращении в институт для продолжения учебы.

После выписки получал амбулаторно поддерживающее лечение (мажептил до 3 мг/сут, триптизол 20 мг/сут, седуксен 15 мг/сут, мидакалм 150 мг/сут), с ним проводились психотерапевтические беседы.

Больной чувствовал себя лучше, настроение и контактность в семье значительно возросли, но оставался вялым и повышенно утомляемым. Мысли о речевом дефекте продолжали волновать его и лишь с годами дисморфофобические расстройства заметно редуцировались, уступив место астеническим жалобам.

Таким образом, в данном наблюдении речь идет о больном, с детства страдавшем заиканием, у которого в пубертатном возрасте манифестировал шизофренический процесс с симптоматикой, близкой к патологическому пубертатному кризу (дисморфофобия, повышенная сенситивность, рефлексия, явления «метафизической интоксикации», усугубившейся затем за счет присоединения, с одной стороны, более сложных и тяжелых продуктивных расстройств, а с другой — за счет развития изменений личности по астеническому типу. Особо следует отметить, что в отличие от динамики затяжных форм эволюционного невротического заикания, для которых типично значительное нарастание речевого нарушения в пубертатном периоде, в данной случае такого усиления заикания не наблюдалось.

Глава 9

КАТАМНЕЗ

Повседневный опыт изучения психопатологии и динамики заикания неизбежно приводит исследователей к необходимости клинико-нозологической систематики. Детальное клиническое изучение больных с заиканием в сравнительно-возрастном аспекте, проведенное в Лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в 1968—1981 гг. (Н. М. Асатиани с сотрудниками), подтвердило мнение о нозологической неоднородности всей группы больных с заиканием. В настоящее время утвердилась тенденция рассматривать комплекс психопатологических расстройств при заикании в качестве синдрома, включающего следующие патогенетически взаимосвязанные клинические проявления: 1 — судорожное нарушение речи — заикание; 2 — логофобию, от стертых до наиболее выраженных ее форм; 3 — аффективные нарушения — субдепрессивное настроение, обусловленное сознанием собственной речевой неполноценности; 4 — астенические (тормозимые, по О. В. Кербикову) реакции, избегание трудных форм речевого общения, повышенная сенситив-

ность, ранимость, чувство собственной неполноценности, ущемленности и т. п.

Обособление данного симптомокомплекса и определение его как «логофобический синдром» оказалось вполне адекватным и достаточно продуктивным, поскольку отражало основные, стержневые проявления внутренней картины болезни — нарушение речевой функции, страх перед речевым общением и сопутствующие психопатологические расстройства.

Кроме того, изучение соотношения отдельных компонентов «логофобического синдрома» в процессе становления и его динамическая взаимосвязь с иной психопатологической симптоматикой способствуют решению дифференциально-диагностических задач. В случаях неосложненного течения невротического заикания, начавшегося в детском возрасте, выявляется определенная поступательная динамика клинических проявлений: а) этап преневротического состояния, на фоне которого при воздействии дополнительных психогений появляется судорожное нарушение речи — заикание (2—6 лет); б) этап существования заикания в виде невротического моносимптома (7—11 лет); в) этап дальнейшего усложнения синдрома с присоединением аффективных и личностных реакций на дефект речи и расширением невротических расстройств (становление развернутого «логофобического синдрома») (12—17 лет).

Дальнейшая динамика заболевания определялась как внешними обстоятельствами (влияние окружающей среды), так и внутренними условиями (сохранность компенсаторных механизмов).

При детальном анализе как всего «логофобического синдрома», так и отдельных его составляющих, становится очевидной их принадлежность к так называемому невротическому уровню поражения психической деятельности. Следовательно, в тех случаях, когда клиническая симптоматика исчерпывалась наличием «логофобического синдрома», его рассматривали в качестве облигатного психопатологического признака, что позволяло в таких наблюдениях с известной уверенностью говорить именно о невротическом типе течения заикания. Наличие в клинической картине болезни качественно иных психопатологических проявлений — психоорганических расстройств, психопатоподобных изменений личности, грубых нарушений эмоционально-волевой и интеллектуальной деятельности существенно меняли дифференциально-диагностичес-

кие суждения. В подобных случаях «логофобический синдром «факультативен, он сосуществует и различным образом взаимодействует с облигатной психопатологической симптоматикой основного заболевания с естественным перенесением центра тяжести состояния в сторону основных клинических проявлений. Подобный синдромологический анализ состояния позволяет более дифференцированно и своевременно решать вопросы терапии и комплексной реадaptации больных с заиканием.

Помимо клинико-позологической систематики, одним из наиболее важных в практическом отношении является вопрос о выборе оптимального возраста начала лечения заикания, его эффективности, а также о влиянии нарушений речевых коммуникаций на социальную деятельность больных. Во многом остаются неясными и взаимодействия психопатологических расстройств и собственно речевого дефекта, о производных и производящих факторах в клинической картине заикания. Порождает ли речевое расстройство определенные изменения характера и различного рода патологические развития личности или, напротив, психопатологические особенности являются тем фоном, на котором возникает заикание, и само речевое расстройство способно лишь усиливать и усложнять клиническую картину заболевания в целом.

Поиски ответов на эти узловые вопросы проблемы заикания требуют тщательных клинико-катамнестических исследований. Несмотря на малочисленность работ, посвященных изучению катамнеза больных с заиканием, следует с удовлетворением отметить возрастание интереса современных клиницистов и дефектологов к этим вопросам. А. В. Шокина с соавт. (1934), анализируя данные анкетного обследования 1—5-летнего катамнеза 94 заикающихся, отмечают нормальную речь в 51% случаев, удовлетворительную—в 33% и неудовлетворительную в 16% случаев, кроме того, авторы подчеркивают некоторый параллелизм между состоянием речи и возможностями социальной адаптации больных.

Ю. А. Флоренская, И. С. Авербух, О. Г. Архипова (1936), изучая затяжные формы заикания, отметили определенную динамику речевых нарушений в зависимости от возраста больного и, кроме того, констатировали несомненный эффект своевременно проведенного лечения, которое «...резко сокращает кривую падения, смягчает симптоматику и снижает реактивные образования».

Катамнестические исследования проводятся в течение ряда лет в некоторых логопедических учреждениях СССР и ГДР [Власова Н. А., 1939, 1965; Досталова Н. Н., Досужков Ф. Н., 1965; Киселева М. Н., 1965, 1971; Казаков В. Г., 1971, 1973; Becker, Stange, 1965, 1966].

Эффективность комплексного медико-педагогического метода определяется прежде всего тем, насколько успешна и длительна реабилитация заикающихся. В литературе по этому вопросу до настоящего времени распространено мнение Nadoleczny, согласно которому лишь $\frac{1}{3}$ заикающихся достигает реабилитации, у $\frac{1}{3}$ наблюдается некоторое улучшение и, наконец, у $\frac{1}{3}$ — заикание остается без изменения. Однако данные многих современных исследователей показывают, что значительно больший процент заикающихся, чем это указано у Nadoleczny, особенно при своевременном и правильно проведенном лечении, достигает полной реабилитации.

Наиболее обширные данные по исследованию катамнеза заикающихся собраны Н. А. Власовой. Еще в 1939 г. Н. А. Власова писала об эффективности лечения заикания у детей дошкольного возраста комплексным медико-педагогическим методом. В 1965 г. Н. А. Власова опубликовала результаты катамнестического обследования 600 человек спустя 10, 15 и 25 лет после лечения заикания в дошкольном возрасте в условиях детского логопедического полустационара Московской клинической специализированной больницы № 8 им. З. П. Соловьева. Из них 200 человек были обследованы спустя 8—10 лет после выписки из полустационара, 300 человек — спустя 12—15 лет и 100 человек спустя 20—25 лет после лечения. Наибольшее количество катамнестически прослеженных составили старшие школьники в возрасте 15—17 лет. При сборе катамнеза обращали внимание на тщательное обследование речи как в домашних условиях, так и в школьной обстановке — на уроках, в общении с товарищами, кроме того, учитывалась и субъективная оценка речи самим учеником.

Результаты обследования показали, что 60% детей не имели рецидивов ни во время обучения в школе, ни после ее окончания. Все эти лица полностью владели свободной речью без каких бы то ни было симптомов заикания. У 20% обследованных наблюдались незначительные рецидивы, которые они самостоятельно легко преодолевали без обращения за специализированной ло

гопедической или медицинской помощью; в период про-
верки этих больных можно было приравнять к предыду-
щей группе. В повторном лечении главным образом в
возрасте 10—12 лет нуждались лишь 15% обследованных,
но ко времени наблюдения у них отмечались лишь не-
значительные симптомы заикания, не мешающие их со-
циальной адаптации. У 5% заикающихся улучшение по-
сле лечения было очень нестойким и заикание у них
фактически не ослабевало.

Опираясь на эти данные, Becker, Stange (1965, 1966)
разработали и применили на практике метод катамнес-
тического обследования школьников, основанный на бо-
лее объективных критериях. Состояние речи оценивалось
по следующим показателям:

1. Нормальная речь: обследуемые не обнаруживают
никаких симптомов заикания.

2. Скрытое заикание: обследуемые владеют свобод-
ной речью, из симптомов заикания обнаруживаются лишь
эмболофразии.

3. Заикание, не снижающее общения: симптомы заи-
кания проявляются лишь в сложных речевых ситуациях,
что не мешает школьникам в учебе и не нарушает их со-
циальной адаптации; стойких аффективных реакций на
речевые нарушения нет.

4. Заикание, влияющее на общение: наблюдаются ти-
пичные симптомы заикания, социальная активность ог-
раничена, в условиях обучения в массовой школе не ис-
ключено отставание в учебе;

5. Неспособность к речевому общению: заикание на-
кладывает отпечаток на всю личность ребенка, могут
наблюдаться и другие нарушения; дети активного учас-
тия в школьной жизни, как правило, не принимают.

Суммарный результат оценки определялся двумя
критериями — «реабилитирован», «не реабилитирован». К
категории «реабилитированных» относятся те школьники,
у которых способность к речевому общению настолько
сохранна, что несмотря на некоторые симптомы заикания
(в сложных ситуациях) они могут участвовать практиче-
ски в любой социальной деятельности без ограничения.

Используя эти же критерии, Isaacsohn (1970) собрал
катамнез 85 детей, проходивших курс лечения по поводу
заикания в различных логопедических учреждениях.
Первую группу составили дети, лечившиеся в консульта-
тивном амбулаторном пункте или специальном детском
саду для заикающихся. Вторую группу — дети, посещав-

Таблица 12

Результат	Группа больных			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Реабилитировано	16 (88,9)	24 (92,3)	10 (90,9)	27 (90)
Не реабилитировано	2 (11,1)	2 (7,7)	1 (9,1)	3 (10)
Всего ...	18 (100)	26 (100)	11 (100)	30 (100)

Примечание: В скобках указано число больных и реабилитированных в процентах.

шие в течение одного года первый класс специальной школы для детей с расстройствами речи, а затем переведенные в обычную массовую школу. Третью группу составили дети, посещавшие специальную школу в первом и втором классах, а затем переведенные в массовую школу. В 4-ю группу вошли дети, посещавшие в течение 2 лет специальную школу, а затем получившие курс лечения в детском логопедическом санатории.

Время, прошедшее от окончания курса лечения до обследования, составляло: у детей 1-й группы 3 года, 2-й — 2 года, 3-й — 1 год, 4-й — 10 мес. При этом следует отметить, что заикание у детей 2-й и 3-й групп было намного тяжелее, чем у детей 1-й группы, в то время как в 4-й группе были дети с наибольшей резистентностью к терапии и наиболее тяжелым заиканием.

Результаты лечения по данным катамнеза представлены в табл. 12.

Как видно из таблицы, различия между группами не существенны.

Интересны наблюдения, проведенные в логопедическом стационаре для взрослых в Ленинградском отоларингологическом научно-исследовательском институте [Киселева М. Н., 1960, 1971]. У значительной части заикающихся при повторном лечении (по поводу рецидива) было обнаружено заикание значительно в меньшей степени, чем при первом помещении в стационар, поскольку сохранялись речевые навыки, полученные за время первого курса лечения. Таким образом, было подтверждено мнение Ю. А. Флоренской о том, что своевременное лечение значительно сокращает «кривую» течения заикания и позволяет проводить повторные курсы лечения в более сжатые сроки.

М. И. Буюнов с соавт. (1981), проведя изучение динамики неврозоподобного заикания по данным катамнеза, отметили, что для течения заикания важное значение имеет соответствующая динамика личностных изменений. Кроме того, выявлена «...зависимость между уменьшением заикания, улучшением социальной адаптации и степенью эмоционально-волевой и социальной зрелости личности».

Авторы предлагают для оптимальной помощи заикающимся «...максимально включать в лечебно-логопедический комплекс методы, непосредственно воздействующие не только на заикание, но и на личность пациента», с вовлечением в процесс лечения родителей больного и коллектива школы.

Приступая к сравнительному изучению психопатологии и динамики заикания в зависимости от сроков начала лечения, мы ставили перед собой следующие основные задачи: 1 — выбор и обоснование оптимального возраста для лечения заикания; 2 — изучение закономерностей поступательной и обратной динамики заикания, в частности исследование некоторых регрессиентных, благоприятно протекающих его вариантов, отсутствующих в клинике взрослых больных с затяжными формами заикания; 3 — сравнительная оценка эффективности терапии заикания в зависимости от сроков начала лечения.

При помощи клинико-катамнестического метода обследовано 180 человек (132 мужчины и 48 женщин) в возрасте 16—35 лет, лечившихся по поводу заикания в дошкольном возрасте («у истоков заболевания», по выражению В. А. Гиляровского), по комплексному медико-педагогическому методу в условиях детского логопедического полустационара при Московской клинической специализированной больнице № 8 им. З. П. Соловьева в период с 1946 по 1959 г. Длительность катамнеза варьировала от 10 до 25 лет. Все больные к моменту поступления в полустационар страдали выраженным заиканием, однако умственно отсталых, детей с грубыми нарушениями центральной нервной системы по органическому типу и с психотическими симптомами среди них не было. После лечения все дети поступали в обычные массовые школы.

Кроме того, было проведено клиническое сопоставление больных обследованной катамнестической группы с группой взрослых больных с затяжными формами заикания (152 человека, 93 мужчины и 59 женщин в возрасте

16—38 лет), самостоятельно обратившихся за лечебной помощью по поводу заикания в Лабораторию функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского и не получавших в детском возрасте комплексного лечения. Возможность проведения сравнительного анализа больных этих двух групп основана на том, что для лечения в детском логопедическом полустационаре отбирали детей с наиболее тяжелым заиканием. Кроме того, мы следовали известному правилу Вагнера—Яуррега—Серейского, согласно которому сравнительные исследования наиболее «...достоверны в том случае, если они проводятся в одно и то же время, в одном и том же учреждении и одним и тем же лицом» (цит. по О. В. Кербикову, 1947) (Лаборатория функциональных и других видов патологии речи, как и детский логопедический полустационар, работала на базе клинической специализированной больницы № 8 им. З. П. Соловьева).

Таким образом, изучаются две группы взрослых лиц: 1-я — катamnестическая группа (КГ), куда входят лица, прошедшие лечение по поводу заикания в детском логопедическом полустационаре, и 2-я группа взрослых больных с затяжным течением заикания (ГЗТ), не получавших в детском возрасте комплексного лечения.

Следует отметить, что лечение в полустационаре проводилось по единому комплексному медико-педагогическому методу с применением медикаментозной терапии логопедических занятий, музыкальной логопедической ритмики. В отделении поддерживался лечебно-охранительный режим, проводилась большая разъяснительная психотерапевтическая работа с родителями, направленная на оздоровление окружающей ребенка среды, выработку у родителей правильного отношения к речевым нарушениям у ребенка и создание адекватных установок на исправление этих нарушений.

Все мероприятия медико-педагогического комплекса были направлены не только на достижение плавной и свободной речи в любой ситуации, но и на укрепление нервно-психического здоровья маленьких пациентов, на перевоспитание всей личности больного ребенка. Особо обращалось внимание на развитие интеллекта, расширение общего кругозора, выработку оптимальных форм поведения в коллективе сверстников. Длительность лечения в каждом случае была индивидуальной, но большинство детей лечились с 4—5 лет (возраст старшей

Как
КГ и

возраст, го

16—
21—
26—

Старше

Всего ...

Всем 1
ально раз
которые с
пени заик
вому дефе
циальной

- Образец
1. Фамилия
 2. Год рождения
 3. Образов
 4. Профес
 5. Место
 6. Домаш
 7. Имеетс
 8. Нет. Д
 8. Как пр
 - то луч
 - пенно
 9. Лечил
 10. Что с
 - об
 - ма
 - во
 - за
 11. Пом
 - В вы
 - жен
 - Дата за

группы детского сада) до момента поступления в школу, т. е. до 7, иногда 8 лет:

Как мы уже говорили, все лица КГ были обследованы нами спустя 10—25 лет после лечения. Возрастной состав КГ и ГЗТ представлен в табл. 13.

Таблица 13

Возраст, годы	Число наблюдений КГ	Число наблюдений ГЗТ
16—20	67	53
21—25	64	47
26—30	26	28
Старше 30	23	24
Всего ...	180	152

Всем 180 пациентам в КГ были предложены специально разработанные нами анкеты-вопросники, ответы на которые содержали основные сведения о наличии и степени заикания, его динамике, отношении к своему речевому дефекту, о характерологических особенностях и социальной деятельности обследуемых.

Образец анкеты:

1. Фамилия, имя, отчество.
 2. Год рождения.
 3. Образование.
 4. Профессия.
 5. Место работы (учебы).
 6. Домашний адрес, телефон.
 7. Имеется ли заикание в настоящее время
Нет. Да (легкое, среднее, тяжелое) (подчеркните!).
 8. Как протекает заикание: остается на одном уровне; волнообразно, то лучше, то хуже; заикание постепенно усиливается; речь постепенно улучшается.
 9. Лечились ли Вы где-либо еще от заикания: Нет. Да.
 10. Что свойственно Вашему характеру и поведению (подчеркните!)
— общительность, спокойствие, решительность, уверенность;
— малоразговорчивость, замкнутость, нерешительность, застенчивость, робость, неуверенность;
— замена «трудных» слов на более «легкие», страх речи во время речевого общения, усталость в речевой деятельности.
 11. Помешало ли Вам заикание в получении образования: Нет. Да.
В выборе и освоении избранной специальности: Нет. Да. В продвижении по службе: Нет. Да. В личной жизни: Нет. Да.
- Дата заполнения.

Нами было разослано 200 подобных анкет, на которые мы получили 180 ответов. 67 человек из ответивших были обследованы нами клиническим методом, причем следует подчеркнуть, что клиническое исследование, как правило, подтверждало объективность сведений, изложенных в ответах на анкету.

Всех обследованных в КГ в зависимости от состояния речи мы разделили на три подгруппы. Первую подгруппу составили 74 человека, все они к моменту обследования владели нормальной свободной речью, которую сохраняли в любой ситуации. Субъективно они не отмечали у себя никаких речевых затруднений, большая часть из них не помнили о бывшем у них заикании и знали о нем лишь по рассказам родителей. При клиническом обследовании все эти лица были признаны нами полностью здоровыми в речевом и нервно-психическом отношении. Все они социально хорошо адаптированы и бывшее у них заикание не мешало им получить образование и освоить избранную специальность. Лишь 2 человека из 74 отметили, что заикание в какой-то степени препятствовало их жизненному устройству.

Вторую подгруппу составили 60 человек с заиканием в легкой степени. Все эти лица сохраняли способность речевого общения практически в любой ситуации и заикание обнаруживалось лишь в ситуациях особой значимости. Большинство обследованных этой группы социально хорошо адаптированы и могут принимать участие в любом виде общественно полезной деятельности. И все же 12 человек из этой группы отметили влияние заикания на выбор и освоение желаемой специальности, а также на получение образования.

Третью подгруппу составили 46 больных с выраженным заиканием, причем у 40 было выявлено заикание в средней и лишь у 6 в тяжелой степени. Существенным обстоятельством является то, что большинство больных этой группы также находятся на довольно высоком уровне социальной адаптации.

Вместе с тем в этой группе 22 человека считают, что заикание мешало им получить образование или освоить избранную специальность.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями не выявляет особой закономерности и отмечена в единичных наблюдениях во всех 3 подгруппах, в то время как отягощенность патохарактерологическими особенностями и разнообразной речевой патологией (заикание, та-

хилалия, дислалии) отмечена более чем в половине всех наблюдений со значительным преобладанием по частоте у обследованных 3-й подгруппы.

До появления заикания в поведении больных в детском возрасте нередко отмечались черты раздражительности, упрямства, сопровождавшиеся общей двигательной расторможенностью и суетливостью. Указанные качества выявлялись значительно чаще у больных 3-й подгруппы. Во многих случаях, а у больных 3-й подгруппы, как правило, заикание возникало на фоне замедленного, задержанного физического и речевого развития, составшегося в половине наблюдений со сложной дислалией. Сочетание этих особенностей, а также наличие указаний в анамнезе на родовые травмы, изменения в поведении детей, тяжелые инфекционные заболевания и отставание в развитии позволяют диагностировать у большинства больных 3-й подгруппы неврозоподобное заикание на фоне резидуальных явлений раннего органического поражения центральной нервной системы.

Непосредственно перед началом заикания во многих случаях отмечалось соматическое неблагополучие. Кроме того, имела место психогенная реакция типа «испуг» со значительным преобладанием по частоте у обследованных 1-й подгруппы. Соответственно этому острое начало заикания по психогенно-реактивному типу, идущее вслед за психогенией, чаще наблюдалось у лиц 1-й подгруппы, в то время как у больных 3-й подгруппы острого начала заикания не было отмечено ни в одном случае. Эти наблюдения соответствуют данным литературы о благоприятном течении заикания в тех случаях, где в качестве вероятной причины появления речевых нарушений выступает только психогенная реакция типа «испуг». При тщательном анализе возможной причины заикания у больных 3-й и отчасти 2-й подгруппы необходимо отметить частое появление заикания при сочетании психогении с другими, не менее важными факторами, предрасполагающими к возникновению судорожных нарушений речи — соматическое неблагополучие, патология речевого развития и т. п.

Изучение психического состояния обследованных КГ, их нервно-психического здоровья, привычек, склонностей, спонсов реагирования и вариантов поведения в различных обстоятельствах показало, что по характерологическим особенностям лица, вошедшие в 1-ю подгруппу, в подавляющем большинстве были синтонными, стеничными, активными и в своем поведении ничем не отличались от психиче-

ски здоровых людей. Лишь некоторые из этой группы отмечали небольшую склонность к астеническим (тормозимым) реакциям в ситуациях особой значимости. В то же время астенические черты характера у больных 2-й, а особенно 3-й подгруппы, отмечены в половине наблюдений и в значительно более выраженной степени.

Существенные отличия в характеристике КГ мы получили при рассмотрении качества и динамики «логофобического синдрома». Как было указано, степень нарушения речи легла в основу разделения этих наблюдений на различные подгруппы. Что касается логофобии, то среди лиц 1-й подгруппы лишь 1 (из 74) субъективно отмечает некоторое волнение и состояние внутреннего напряжения в речевых ситуациях в период экзаменационной сессии. Это состояние очень отдаленно напоминает то, что другими заикающимися обычно расценивается как речевое волнение или страх перед речью. Из 60 больных 2-й подгруппы логофобия отмечена только в 16 случаях и также в нерезко выраженной форме. В 3-й подгруппе уже 30 больных (из 46) отмечают выраженный страх перед речью во многих речевых ситуациях. Такие проявления, как избегание трудных форм речевого общения, склонность к повышенной сенситивности, чувство собственной неполноценности, преобладание субдепрессивного настроения, также свойственны только больным 3-й и отчасти 2-й подгрупп. В этих наблюдениях отчетливо прослеживается связь «логофобического синдрома» с наличием и степенью речевого нарушения, и, кроме того, выявляется определенная корреляция выраженности этого синдрома с тяжестью заикания.

Из других невротических проявлений следует отметить некоторую склонность к навязчивым образованиям, отмеченную у больных 3-й и 2-й подгрупп в 33% наблюдений. Чаще эти явления носили характер навязчивых мелодий, навязчивого счета; как правило, они были эпизодичны, возникали на фоне утомления и по силе проявления никогда не достигали такой степени, при которой могли бы влиять на работоспособность и социальные контакты больных.

В тех случаях, когда мы при проведении катamnестического исследования отмечали глубокие и полиморфные психопатологические расстройства (это единичные наблюдения во всей КГ), мы не смогли поставить ни наличие подобной симптоматики, ни ее качество в какую-либо зависимость от речевых нарушений. По-видимому, в этих наблю-

дениях нарушение контактов с окружающими, в том числе и нарушение речевых коммуникаций, а также ограничение социальной адаптации не являются прямым следствием заикания (в любой его степени), а определяются качеством и глубиной психопатологических проявлений основного заболевания: органического поражения ЦНС, психопатии или вялотекущей шизофрении.

Проводя наиболее общий сравнительный анализ данных обследуемых КГ и ГЗТ как в социальном, так и в общепатологическом плане, нетрудно заметить существенные отличия по многим показателям. Одним из важных обстоятельств является то, что в пубертатном возрасте у подавляющего большинства лиц ГЗТ мы наблюдали обострение заикания и общих психопатологических расстройств. Аналогичная динамика у обследуемых КГ была довольно редким явлением, характерным лишь для части больных 3-й подгруппы. Почти $\frac{2}{3}$ больных ГЗТ отмечали значительное усиление заикания в возрасте 11—14 лет. Во многих случаях это обострение носило как бы спонтанный характер и лишь у некоторой части больных усиление заикания в данном возрасте наступало вслед за соматическим заболеванием, психогенией, травмами головы, переутомлением и т. п. «Логофобический синдром» у большинства больных ГЗТ в пубертатном возрасте приобретал тенденцию к постепенному усложнению, быстро достигал выраженной степени и во многих случаях становился доминирующим клиническим проявлением во всей картине заболевания. В подобных наблюдениях период полового созревания характеризовался значительным усилением психопатологических проявлений, появлением ранее не свойственных больным черт раздражительности, упрямства, обостренного внимания к речевому дефекту. В этом возрасте у пациентов часто появлялось чувство собственной неполноценности, ущемленности, склонность к субдепрессивному реагированию и связанные с этим периоды эмоциональной подавленности. Означенные черты претерпевали дальнейшее развитие в течение жизни больных, то усиливаясь под влиянием различных трудностей и неудач, то постепенно уменьшаясь, параллельно с возрастом возмужания и социальным становлением личности больных.

В противовес этому, в большинстве наблюдений лиц КГ период пубертатного развития протекал сравнительно гладко, без выраженных невротических реакций и значительного обострения патохарактерологических особенностей. Эти лица благополучно проходили период школьного обу-

чения, и заикание не являлось для них сколько-нибудь серьезным препятствием в жизненном устройстве, получении образования или освоении избранной специальности.

Кроме того, в КГ отмечалась значительно большая устойчивость речевой функции к психогенным и другим провоцирующим рецидивы заикания факторам. Даже в случае возникновения у них рецидива заикания речевые расстройства редко достигали тяжелой степени, имели отчетливую тенденцию после реактивных моментов к самопроизвольному снижению, а также легко уступали адекватным методам лого- и психотерапии. Несмотря на оставшееся в ряде случаев тяжелое заикание, больные КГ менее склонны к невротическому реагированию и болезненной фиксации на своих речевых затруднениях и переживаниях. Не считая большого процента полностью излеченных от заикания с помощью комплексного медико-педагогического метода в дошкольном возрасте, большинство обследованных КГ существенно отличаются лучшим уровнем социальной адаптации от общей массы больных, страдающих заиканием. Многие из них успешно окончили высшие учебные заведения или обучаются в них, это подтверждается и большим числом среди КГ лиц с высшим и неоконченным высшим образованием.

В качестве иллюстраций приведем 3 клинических наблюдения, наиболее показательных для выделенных нами катамнестических подгрупп.

Наблюдение 1. Обследуемый К. М., 1948 года рождения, образование высшее, инженер. Жалоб на момент обследования не предъявляет.

Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями и речевой патологией не отягощена.

Больной родился в срок, от нормально протекавшей беременности. Рост при рождении 49 см, масса тела — 2800 г, раннее развитие своевременное, ходить стал с 11 мес, первые слова — в 1 год 2 мес, фразовая речь к 2 годам, обычного темпа, без нарушения норм звукопроизношения. До 3 лет рос и развивался правильно, перенес детские инфекционные болезни: корь, скарлатину, свинку, заболевания следовали одно за другим, «цепочкой». С большим возбуждением и страхом относился к любым лечебным процедурам, особенно к уколам и прививкам, после которых долго плакал и не мог успокоиться. После этих заболеваний стал повышенно тревожным и пугливым, нарушился сон, в речи появились отдельные судорожные запинки, которые постепенно утяжелялись. Принимал общеукрепляющее и седативное лечение, стал заметно спокойнее, наладился сон, речь стала немного лучше, но заикание оставалось заметным и рано стало мешать общению со сверстниками. С 4 лет лечился в Детском логопедическом полустационаре. Вначале очень боялся входить во врачебный и логопедический кабинеты, опасаясь процедур, уколов, но быстро освоился с режимом и охотно принимал участие во всех логопедических занятиях и совместных играх

со сверстниками. Лечился в течение 1½ лет и был выписан в школу со здоровой речью. Учиться пошел в 7 лет, хорошо успевал по всем предметам, легко и свободно общался со сверстниками в любой обстановке. Во время обучения в 7-м классе перешел в новую школу в связи с переездом семьи на новое место жительства; довольно легко и свободно освоился в новом коллективе и хотя иногда и волновался перед ответами перед классом, заикание больше никогда не повторялось, по качеству речи никогда не отличался от здоровых сверстников. После 8-го класса успешно поступил в техникум и сразу же после окончания его был принят на вечернее отделение вуза, сочетая учебу с работой на предприятии, легко справляясь с довольно большими нагрузками. Окончив вуз, стал работать инженером, в коллективе сотрудников пользуется заслуженным уважением, всегда в срок выполняет все плановые задания. Любит спорт, охотно катается на коньках, играет в волейбол, много читает. Общителен, имеет много друзей, легко вступает в контакт практически в любой аудитории и в любой обстановке.

Состояние при обследовании: соматоневрологическое состояние — без патологии.

Психическое и речевое состояние: сознание ясное, полностью правильно ориентирован. Охотно и легко вступает в контакт, правильно, подробно и последовательно рассказывает о себе. Речь неторопливая, выразительная, грамматически правильная, хорошо модулирована интонационно. Внимание устойчиво сосредоточено на беседе, речь эмоциональная, мимика живая, адекватная. В беседе держится спокойно, уверенно, тактично и с чувством дистанции. Настроение ровное и спокойное, правильно и адекватно оценивает себя и свое состояние. Интеллект высокий, соответствует полученному образованию и профессиональной подготовке. Круг интересов довольно большой, много работает, увлекается спортом, любит коньки, лыжи, плавание. В меру общителен, всегда стремится быть среди людей, но не любит выделяться среди окружающих. Строит реальные планы на будущее, уверен в возможности выполнения всех поставленных перед собой задач.

Заключение: практически здоров.

Анализ наблюдения. Перед нами типичный случай доброкачественно протекающего неосложненного эволюционного невротического заикания, возникшего в период формирования речи на фоне легкой соматической ослабленности в сочетании с психогенными воздействиями (ребенок трудно переносил необходимые лечебные процедуры, что, естественно, сыграло свою роль в возникновении судорожных запинок). Своевременное комплексное лечение в дошкольном возрасте обеспечило устойчивый положительный результат в плане как редукции заикания, так и надежной профилактики его рецидивов в будущем. При обследовании К. М. мы не обнаруживаем каких-либо отклонений ни в речевой, ни в психической деятельности: перед нами синтонная, активная, стеничная и гармоничная личность, полностью адаптированная в речевом и нервно-психическом отношении.

Наблюдение 2. Обследуемый Е. Б., 1947 года рождения, образование высшее, инженер.

Жалобы на момент обследования: повышенная утомляемость, временами раздражительность, при волнении судорожные запинки в речи.

Анамнез. Мать больного 55 лет врач-стоматолог, по характеру тревожная, мнительная, по ее настоянию никто из членов семьи никогда не принимал никаких медикаментов. В 50 лет после значительной психогении в ее речи стали отмечаться отдельные судорожные запинки. Наличие заикания или какого-либо другого нарушения речи во всей предшествующей жизни отрицается.

Бабка по линии матери умерла в возрасте 80 лет в психиатрической больнице. Во время болезни отмечались галлюцинации, «пряталась от преследователей».

Отец больного 62 лет доцент вуза, здоров, в детстве было выраженное заикание, которое постепенно спонтанно редуцировалось. В настоящее время при волнении в речи заметны судорожные запинки, субъективно ничем не беспокоящие его самого.

Младшая сестра больного 19 лет здорова, речь без нарушений. Больной родился в срок, на 2—3-м месяце беременности мать больного перенесла тяжелый паренхиматозный гепатит, отмечалась выраженная желтушность склер, кожных покровов. Роды — в срок, протекали тяжело, имело место раннее, за 2-е суток до них, отхождение околоплодных вод. Во время родов, по словам матери больного, врачи предполагали возможность плодоразрушающей операции, но ребенок родился самостоятельно, с массой тела 2500 г, длиной тела 48 см. Физически развивался нормально, хорошо прибавлял массу тела. В течение первого года жизни очень беспокойно спал по ночам, часто вскрикивал, просыпался. Ходить начал в 1 год, первые слова к 1—1½ годам, фразовая речь к 2½—3 годам, с выраженными ускорением темпа речи и сложной дислалией, с момента становления фразовой речи отдельные судорожные запинки. В 2 года перенес скарлатину, в 3 года — тяжело протекавший коклюш. В 4 года заболел инфекционным паротитом, на высоте подъема температуры на короткое время терял сознание. Рос очень подвижным, часто упрямым и непослушным, двигательнo беспокойным.

В возрасте 4½ лет однажды летом на даче был сильно напуган внезапно выскочившим из сарая поросенком, погнавшимся за ним. Больной сильно испугался, закричал, долго не мог успокоиться и, прибежав домой, забился в угол, не мог спать всю ночь и в страхе повторял только одно слово: «Спрячь... спрячь... спрячь». После этого случая заикание резко усилилось, стал крайне раздражительным, капризным, временами злобным и упрямым, плохо спал, ночами вскрикивал и просыпался. В таком состоянии принят на лечение в Детский логопедический полустационар.

Жалобы матери к моменту поступления в полустационар: тяжелое заикание, нарушение звукопроизношения, раздражительность, капризность, двигательное беспокойство, неусидчивость.

Состояние при поступлении: физическое развитие соответствует возрасту, телосложение правильное, слегка пониженного питания. Кожные покровы бледные. Правое яичко не фиксировано в мошонке.

Зрачки узкие, правильной формы. Реакция на свет живая, взгляд фиксирует плохо, глазные яблоки быстро отводит в сторону. Конвергенция неустойчивая. Левый угол рта чуть опущен, носогубная складка резче обозначена справа. Резкий симптом Хвостека. Язык по средней линии, беспокойный, повышенная саливация. Сухожильные рефлексы высокие, с расширенной зоной, патологических знаков нет. Стопы с высоким сводом. Акроцианоз. Повышенный тонус мышц конечностей.

В позе Ромберга пошатывание, тремор век и пальцев рук. При выполнении пальценосовой пробы промахивание справа. Точные координированные движения выполняет с трудом, не может самостоятельно завязать шнурки ботинок. Весь напряжен, хореоатетичные гиперкинезы в протянутых руках. Заикание выражено во всех видах речи, тоническая инспирация в начале слов, множество сопутствующих движений и гиперкинезов. Сложная дислалия, ребенок неправильно произносит 17 звуков. Большой очень самолюбив, обидчив и упрям. Крайне неохотно вступает в контакт и игры со сверстниками, часто отказывается от выполнения заданий и инструкций. Плохо спит по ночам, часто вскрикивает, жалуется на устрашающие сновидения. Боится мышей, темноты, одиночества. Отмечаются навязчивые страхи. Боится «микробов», постоянно стремится мыть руки, фиксирует внимание на малейших пятнышках на руках. Говорит, что мама рассказывала ему о микробах и он их «боится»: «Они злые, на всех вещах и можно заболеть от них». Находясь в гостях, отказался взять яблоко, сказав, что оно может быть заражено. «Ведь царевну в сказке отравили яблоком, и меня могут отравить. Дома знаю, что яблоки не отравлены, а здесь не знаю». Во время взятия крови на анализ из пальца отчаянно сопротивлялся, и только в сопровождении логопеда спокойно пошел в лабораторию, заявив: «Теперь я не боюсь, а раньше боялся, что лаборанты плохо вымоют руки и могут чем-нибудь заразить». Отмечаются и навязчивости другого рода: вставая утром, должен обязательно оправить брючки и коснуться рукой родинки на своей щеке, только после этого чувствует себя спокойно. Замечена склонность к фиксации на одном и том же занятии; так в течение целого года рисовал только одного «Змея-Горыныча», посвятив ему целый альбом. Недостаточно критичен в отношении сказочных персонажей, верит всему, что написано в сказках, бурно радуется, когда по ходу действия в сказке побеждает добро, тяжело переживает чуждачу героев.

Диагноз: невропатия на фоне резидуально-органического поражения ЦНС. Заикание среднетяжелой степени, клонического характера.

Получал общеукрепляющее и седативное лечение, был установлен спокойный охранительный режим. Занимался с логопедом индивидуально и в коллективе детей, активно занимался на занятиях логоритмикой. После года лечения состояние значительно улучшилось, полностью редуцировалась дислалия, все звуки произносит правильно. Стал много спокойнее, исчезли навязчивые страхи и движения, перестал жаловаться на ночные страхи и кошмарные сновидения. Значительно улучшилась и общая координация. В позе Ромберга устойчив. Небольшие, легко преодолеваемые запинки отмечались только в спонтанной эмоциональной речи. Менее утомляем, охотно принимает участие в играх со сверстниками. В групповых занятиях любит составлять рассказы по картинкам, проявляя при этом большую фантазию и выдумку. Хорошо рисует, главным образом сказочные сюжеты, охотно помогает младшим детям в группе. В поведении стал значительно более упорядоченным, лишь изредка отмечаются нерезко выраженные черты упрямства, некоторая аффективная неустойчивость и повышенная впечатлительность. К моменту поступления в школу были незначительные запинки в спонтанной речи. Своим состоянием несколько не тяготился, но оставался несколько малообщительным, нелегко сходилась со сверстниками в новой для себя обстановке. В школе начал учиться с 8 лет, охотно посещал занятия, но к концу 1-го класса стал жаловаться на повышенную утомляемость, несколько усилилась раздражительность, заметно ухудшилась речь. Снова появились во время речи гиперкинезы, подергивания головой, плечами. В течение нескольких месяцев получал амбулаторное лечение — состоя-

ние значительно улучшилось, продолжал занятия в школе, хорошо успевал по всем предметам, своей речью не тяготился.

Во время обучения в 6—7-х классах снова стал отмечать повышенную утомляемость, раздражительность. Уставал от занятий в школе, много времени уделял домашнему приготовлению уроков. Речь также ухудшилась, но продолжал занятия в школе и к врачам не обращался. Стал немного более замкнутым, старался меньше бывать среди сверстников, немного снизилась школьная успеваемость, но продолжал учебу, успешно окончил 10 классов и поступил в вуз на вечернее отделение. Вначале учился успешно и с увлечением, но вскоре, после увеличения нагрузки, стал жаловаться на повышенную утомляемость, затруднение запоминания, несдержанность. При волнении в речи заметны отдельные запинки судорожного характера. Воспользовался академическим отпуском. Спустя год, после хорошего отдыха снова приступил к занятиям в вузе, успешно окончил его и стал работать инженером. Общителен, тактичен, сдержан, легко справляется с порученным делом, всегда выполняет порученную работу в срок.

При катamnестическом обследовании: соматоневрологическое состояние—без выраженных патологических изменений.

Психическое и речевое состояние: охотно и легко вступает в контакт, последовательно и достаточно подробно говорит о себе. Мимика живая, адекватная, речь выразительная, богатый интонационный строй, голос достаточной силы, хорошо модулирован. Нарушений звукопроизношения нет. При волнении несколько ускоряет темп речи и тогда проявляются отдельные судорожные запинки, легко преодолеваемые самим больным. Изредка пользуется заменой трудных слов на более легкие, отмечаются единичные эмболофразии, существенно не ухудшающие восприятие его речи окружающими. По характеру себя считает человеком спокойным, уравновешенным, уверенным в своих силах и знаниях, достаточно общительным, активным и деятельным. Преобладающее настроение ровное, спокойное. Приветлив, тактичен, держится с чувством дистанции.

Заключение: легкое остаточное заикание на фоне резидуальных явлений раннего органического поражения ЦНС.

Анализ наблюдения. В отличие от наблюдения № 1 в данном случае можно отметить ряд негативных моментов. Во-первых, имеет место наследственная отягощенность психическим заболеванием (бабка по линии матери) и речевыми нарушениями — эволюционное заикание у отца и реактивное заикание у матери больного. Во-вторых, наличие резидуально-органической симптоматики (пре- и постнатального генеза) существенно влияет на речевой онтогенез, развитие и течение заикания приводит к его некоторой хронификации и обуславливает склонность как к рецидивам заикания, так и легкому выявлению в ответ на различные вредоносные воздействия церебростенических расстройств в виде вялости, снижения работоспособности, кратковременного ухудшения памяти, нарушений сна, которые легко редуцируются под влиянием полноценного и адекватного отдыха. В целом имеющееся остаточное заикание несколько субъективно не тяготит больного, проявляется только при

сильном волнении и не отражается ни на общем состоянии, ни на субъективных переживаниях и, кроме того, не оказывает сколько-нибудь заметного влияния на возможности социальной адаптации — больной успешно окончил вуз и хорошо трудится по избранной специальности.

Наблюдение 3. Больная Н. Л., 1940 года рождения, образование среднее специальное, инженер.

Жалобы при обследовании: заикание, раздражительность, плохой сон, неустойчивое настроение, в трудных ситуациях — страх перед речью.

Анамнез. Мать больной — по характеру перовная, вспыльчивая и раздражительная. В течение 2—3 лет лечилась в психоневрологическом диспансере с диагнозом «истерические реакции». Ускорен темп речи.

Дед по линии матери отличался властным и неуравновешенным характером, склонен к злоупотреблению алкоголем. После тяжелой психогении в зрелом возрасте отмечался эпизод полной потери слуха и речи, длившийся в течение нескольких дней.

Отец больной властный, раздражительный, вспыльчивый: ускорен темп речи, при волнении его речь становится малопонятной для окружающих. У тетки по линии отца наблюдалась ринолалия.

Больная родилась в срок, от беременности, протекавшей с выраженным токсикозом во второй половине. Роды протекали тяжело, с ранним отхождением околоплодных вод, велись при общем обезболивании (у матери больной узкий таз). Больная родилась с массой тела 2000 г, длиной тела 52 см, в синей асфиксии, закричала после похлопывания. Зубы появились к 6 мес, ходить стала к 11 мес. Первые слова — к 1 году, фразовая речь — к 2½ годам, обычного темпа, до 6 лет — шипящий сигматизм и ротацизм, устраненные только после логопедических занятий. С началом развернутой фразовой речи стали заметны отдельные единичные судорожные запинки. До 3 лет эпизодически ночной энурез. Росла спокойным и послушным ребенком, любила подвижные игры со сверстниками, была любимой дочерью у матери. До 2 лет ничем не болела, в 2 года легкий ушиб головы, без коммоционных явлений, но в течение 1—2 мин «не могла вздохнуть». Физически была слабой, часто болела простудными заболеваниями. В 2½ года, после «цепочки» детских инфекционных болезней отмечался период пониженного слуха, больная говорила матери: «Я тебя слышу хорошо, мамочка, но не разбираю, что ты говоришь». Отличалась некоторой пугливостью, но не разбирала, что ты говоришь». Отличалась некоторой пугливостью, беспокойно спала по ночам. Когда больной было 3 года, в комнате внезапно вспыхнул пожар (загорелся пролитый керосин), вся комната мгновенно наполнилась густым, черным дымом. И хотя матери удалось быстро ликвидировать пожар, накрыв огонь плащом, дети были сильно напуганы, после чего у больной было отмечено резкое усиление заикания. Слух постепенно, к 3 годам спонтанно восстановился. После пожара резко усилились заикания, пытаясь говорить, больная подходила к матери, вся напрягалась, махала руками, но, так и не сумев сказать ни слова, отходила в сторону и плакала. На приеме у логопеда не могла сказать ни слова, направлена в Детский логопедический полустационар, где стала отвечать на вопросы по картинкам. Мать занималась с больной по предложенной методике ответов на вопросы по картинкам. Вначале больная только слушала и кивала головой, затем стала сопряженно повторять отдельные слова, затем — фразы. В течение полугода занятий речь полностью восстановилась. Хорошо говори-

ла до 4 лет. В 4 года при переходе улицы испугалась внезапно поехавшей машины, мать с трудом успокоила больную, вечером снова усилилось заикание. Попытались возобновить занятия по прежней методике, но они не давали теперь желаемого результата. Больная стала неусидчивой, раздражительной и капризной. С 5 лет посещала детский сад, была ровной в поведении со сверстниками, но дома нередко бывала капризной и возбудимой. С 5½ лет стала лечиться в детском логопедическом полустационаре, за время лечения стала более спокойнее, говорила более плавно и свободно, но легкие запинки оставались в спонтанной речи. В школу пошла в возрасте 8 лет, училась хорошо, была прилежной и старательной, несмотря на заикание, оставалась общительной, но рано начала стесняться своего дефекта речи. Продолжала амбулаторно посещать Детский логопедический полустационар до 10 лет в сопровождении матери, получала консультативную и лечебную помощь. В 10 лет перенесла тяжелый туберкулезный менингит, в течение полугода лечилась в больнице, часто жаловалась, что у нее «двоится и троеится в глазах». После больницы в течение 7 мес находилась в санатории, из-за болезни дублировала 2-й класс, однако считает, что на состояние речи это заболевание не повлияло, напротив, после санаторного лечения стала говорить несколько более спокойно и плавно. С 5-го класса переведена в другую школу, довольно легко и быстро привыкла к новой обстановке, охотно исполняла поручения по общественной работе, заиканием не тяготилась, не считала себя в чем-то хуже других, была общительной, любила проводить время в компании сверстников. Успешно окончила школу, затем техникум, где в начале обучения заикание немного усилилось, стала тяготиться заиканием. Замужем с 1961 г., в 1963 г. родила сына, но семейная жизнь не сложилась. Муж оказался грубым и вздорным, и в 1967 г. семья распалась. Тяжело переживала свое личное несчастье, понизилось настроение, ухудшилась речь. По прошествии полугода душевная травма начала утрачивать свою остроту, больная целиком погрузилась в свои домашние и служебные дела. Работала старшим инженером в конструкторском бюро. Прошла курс лечения стационарно в Лаборатории патологии речи в возрасте 31 года.

Состояние в момент лечения: больная среднего роста, немного пониженного питания. Внутренние органы без патологии.

Неврологический статус: зрачки правильной формы, реакция на свет живая, конвергенция в норме. При крайних отведениях глазных яблок быстро истощающиеся нистагмOIDные подергивания. Лицо немного асимметрично, правая глазная щель уже левой, носогубная складка четче выражена слева. Язык при высовывании слегка девирует вправо. Наморщивание лба резче справа. Сухожильные рефлексы немного усилены, с расширенной зоной, верхние брюшные рефлексы немного ослаблены. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга и при ходьбе в темноте — легкое пошатывание. При пальценосовой пробе — промахивание чаще левой рукой.

Психический и речевой статус: больная подробно и точно отвечает на вопросы врача, охотно и легко вступает в контакт. Вежлива, подтянута, опрятна. В моменты заикания краснеет, волнуется. Заикание проявляется больше в эмоционально значимых ситуациях, когда думает о своей речи и старается говорить как можно лучше — разговор по телефону, с руководителем, эмоциональный спор. После запинок отмечает чувство досады. В спокойных речевых ситуациях, при непринужденном разговоре речь с нетяжелыми, легко преодолеваемыми запинками, не волнующими больную. Настроение обычно ровное, спокойное, но легко меняется от самых незначительных причин. Плохо

переносит повышенную эмоциональную и интеллектуальную нагрузку, быстро устает, реже отмечает периоды повышенной утомляемости и раздражительности спонтанно.

В поведении общительна, интересуется делами окружающих, пытается помочь. Заботится о производимом ею впечатлении на окружающих, убеждена в своей хорошей служебной и личной репутации, хочет, чтобы ее мнение уважали, прислушивались к ней. Легко чувствует себя в сфере привлечения внимания окружающих, охотно берет на себя роль инициатора полезных общественных мероприятий. Интеллект и память не нарушены. В отделении легко адаптировалась к режиму, за время лечения окрепла физически, улучшилось общее состояние и самочувствие. На логопедических занятиях восстановила навыки плавной и слитной речи. Несмотря на оставшиеся отдельные запинки в спонтанной речи, пытается, и довольно успешно, не фиксировать на них внимания. Хорошо выступала в заключительной концертной программе перед большой аудиторией.

Заключение логопеда (на момент поступления): генерализованное заикание смешанной формы, течение волнообразное.

Диагноз (консультирована докт. мед. наук Н. М. Асатиани). Неврозоподобное заикание средней степени тяжести на фоне резидуальных явлений органического поражения ЦНС у личности с истерическими чертами характера.

Анализ наблюдения. В данном случае можно констатировать (по сравнению с наблюдениями 1 и 2) увеличивающееся действие разнообразных факторов на состояние и развитие больной. Помимо полиморфной наследственной отягощенности: истерические черты характера у матери, нарушения темпа речи у матери и отца, легкое возникновение преходящих афатических нарушений у деда по линии матери, наблюдается значительная пре-, пери- и постнатальная патология. Начало заикания приходится на период наиболее интенсивного формирования речевой функции. Отмечается резкое усиление после значимой психогении — пожар в доме. Однако своевременное комплексное лечение помогло мобилизовать компенсаторные механизмы и восстановить здоровье, а также улучшить состояние речи. Последующее поддерживающее лечение сыграло значительную роль в предупреждении тяжелых рецидивов заикания в жизни больной. Несмотря на оставшееся заикание и определенные личностные особенности, не выходящие, впрочем, за рамки «акцентуации характера», больная находится на довольно хорошем уровне социальной адаптации.

Таким образом, данные катamnестического исследования подтверждают правомерность выделения группы патогенетически взаимосвязанных клинических проявлений в качестве самостоятельной психопатологической структуры — «логофобического синдрома». Обнаруживается определенная корреляция между тяжестью заикания, выражен-

ностью «логофобического синдрома», общих психопатологических нарушений и личностными особенностями больных. Среди обследованных КГ преобладали активные, синтонные и деятельные лица, в то время как в ГЗТ нередко выявлялась разнообразная психопатологическая симптоматика.

На основании данных отечественных и зарубежных исследователей, считающих наиболее целесообразным начинать лечение заикания как можно раньше, приближая его к «истокам заболевания» (В. А. Гиляровский, Н. А. Власова, М. Е. Хватцев, Майер-Гросс и др.), используя комплексное медико-педагогическое воздействие на личность больного в целом, а также данных нашего исследования, можно заключить, что лечение больных с заиканием на ранних этапах развития заболевания является наиболее эффективным и патогенетически обоснованным.

При сравнении наших катamnестических наблюдений с таковыми у лиц, никогда ранее не лечившихся и лечившихся многократно, в том числе и в детском возрасте, но не систематически, чаще всего с применением индивидуальных логопедических занятий, можно сделать вывод о том, что своевременное комплексное лечение заикания у детей по комплексному медико-педагогическому методу выходит за рамки элективного воздействия только на речевые нарушения; его влияние распространяется на правильное воспитание всей личности заикающихся детей и нормализацию отклонений со стороны нервно-психической и соматической сфер. Постоянная работа с детьми, страдающими заиканием, в направлении развития у них познавательной деятельности и особенно высших форм поведения имеет большое психогигиеническое и психопрофилактическое значение в предупреждении развития патологических черт характера.

Глава 10

ПРОФИЛАКТИКА ЗАИКАНИЯ

Вопросы профилактики являются основой советского здравоохранения. Предупреждение заболевания, а также ранняя помощь подрастающему поколению были отражены уже в первых декретах Советского правительства.

Профилактического направления всегда придерживались наши передовые ученые и врачи, считавшие, что профилактика особенно плодотворна в области охраны здоровья

детей, так как изменчивость и пластичность детского организма чрезвычайно велики. Кроме того, в детском возрасте легче не пропустить и устранить начальные легкие и в большей части обратимые проявления болезни.

Выдающийся советский ученый психиатр проф. В. А. Гиляровский в своей деятельности всегда стремился к профилактическому направлению, обращаясь к первоисточникам заболевания, т. е. к раннему возрасту, чтобы иметь возможность видеть начало заболевания, этим он и руководствовался, предложив начинать лечение заикания с дошкольного возраста. Эффективность лечения заикания в дошкольном возрасте оказалась высокой и в 1932 г. Наркомздрав СССР поручил проф. А. С. Щелованову и логопеду Е. Ф. Рау организовать помощь заикающимся детям 2—3-летнего возраста.

В дальнейшем стремление логопедов и детских психиатров было направлено на расширение вопроса профилактики заикания, т. е. на предупреждение возникновения заикания у детей в период развития у них речи.

В настоящее время основными моментами профилактической работы в борьбе с заиканием являются: 1) предупреждение возникновения заикания у детей; 2) предупреждение дальнейшего развития только что возникшего заикания; 3) предупреждение рецидивов заикания.

В чем же заключается эта профилактика.

Предупреждение возникновения заикания у детей?

Одним из важнейших условий предупреждения заикания у детей в раннем возрасте является правильная организация быта и воспитания детей в домашних условиях. Условия среды, как уже было сказано выше, накладывают отпечаток на формирование характера, поведения и на развитие речи ребенка. Поэтому санитарно-просветительная работа с родителями охватывает широкий круг вопросов как поведения, так и воспитания.

В яслях, детских поликлиниках, а также в женских консультациях беседы на эти темы должны проводить логопеды и педиатры. В этих беседах в доступной форме разъясняются вопросы речевого развития и возникновения различных речевых расстройств: задержки речевого развития, косноязычие, заикание и необходимость борьбы с ними.

Родители должны знать, что наиболее бурно речевая функция развивается в возрасте 2—5 лет. Следует помнить, что вначале вследствие слабости нервно-мышечного аппарата, участвующего в функции речи, все движения мышц

губ, языка, гортани отличаются большим несовершенством. Многие звуки речи, такие, как «р», «л», шипящие и свистящие, произносятся большинством детей неправильно — это так называемое детское физиологическое косноязычие. Постепенно, по мере овладения навыками речи, произношение звуков улучшается, и к 5 годам у большинства детей речь становится правильной. В этот наиболее ответственный период формирования речи ребенка исключительное значение приобретает речь окружающих. Взрослые не должны поддерживать детского физиологического косноязычия. Нельзя говорить с детьми их лепетным языком, как это часто делают многие взрослые, когда, обращаясь к ребенку, говорят его языком. Этим только удлиняется срок физиологического косноязычия.

Нельзя также в этот период перегружать речь детей трудно произносимыми для них словами, которые они, иногда к удовольствию взрослых, коверкают до неузнаваемости, а при частом повторении таких слов заучивают это неправильное произношение. Физиологическими особенностями речи маленьких детей объясняются и частые затруднения в подборе слов, нужных им для выражения своих мыслей. Особенно это проявляется при эмоциональной речи. Недостаточный запас слов заставляет детей помногу раз повторять одно и то же слово или какой-нибудь начальный слог, пока они найдут нужное им слово.

Они говорят, часто захлебываясь, останавливаясь, создается впечатление, что ребенок заикается. Но все эти явления физиологического несудорожного порядка легко устраняются при правильном обращении взрослых.

В период формирования речи нельзя перегружать детей чтением большого количества стихов. Дети очень быстро схватывают ритм стиха, быстро заучивают (не всегда понимая) сложный текст, а взрослые любят демонстрировать такие «достижения» детей при любом случае, заставляя их читать эти стихи.

Гораздо полезнее детям с несформировавшейся речью давать учить или просто читать стихи с конкретным понятным содержанием.

Немаловажное значение приобретает вопрос чтения детям вслух книг. Известно, что дети очень любят слушать, когда им читают. Необходимо, чтобы произношение взрослых при чтении вслух было бы без дефектов речи, так как обычно дети очень внимательно прислушиваются к произношению и хорошо запоминают не только текст, но и то, как произносятся отдельные слова, ударения. Если произ-

ношение было неправильным, так оно и закрепляется в их разговорной речи. Иногда такое произношение, возникшее от подражания, держится у детей упорно и для его исправления требуется уже логопедическая помощь.

Правильная, спокойная речь окружающих ребенка людей, развитие речи при помощи хороших картинок, изображения отдельных предметов, чтение доступных пониманию ребенка рассказов и стихов и являются необходимыми профилактическими мероприятиями речевых дефектов в период формирования речи ребенка. Помимо этих профилактических мероприятий, следует щадить первую систему ребенка, ограничивать эмоциональные напряжения: длительное слушание радио, просмотр телевизионных передач, чтение на ночь сказок с устрашающим содержанием и т. п. Многие родители, стремясь успокоить расшалившегося перед сном ребенка, прибегают к запугиванию; все эти методы чаще всего производят обратное действие. У детей очень легко возникают страхи, которые фиксируются и начинают появляться каждый раз перед засыпанием. При этом нарушается координированная функция дыхания, голосообразования, артикулирования и на этой почве может развиваться заикание. Все сказанное касалось профилактики речевых расстройств для нормального развития речи, для предупреждения возникновения заикания.

Предупреждение дальнейшего развития только что возникшего заикания. Если заикание уже появилось, лечение его нужно начинать как можно раньше, обращаясь к врачу и логопеду. При первых симптомах заболевания родителям не надо показывать своего волнения. Нельзя требовать от ребенка правильного произношения слов, если он этого не может сделать. Тем более недопустимо передразнивание и насмешки. Нужно говорить с ребенком как можно спокойнее, меньше задавать вопросов. При резко выраженном заикании ребенку полезно создать речевой покой. Это означает переключение внимания ребенка с речи на различные игры и разнообразные виды деятельности в зависимости от возраста: игра в разные кубики, складывание их по картинкам, мозаика, строительный конструктор, машины, куклы и т. д., очень хорошо помогает рисование. Но, ограничивая речевое общение, все же полезно давать рассматривать картинки, изображающие отдельные предметы, их можно называть спокойно, но не заставляя ребенка повторять за собой. Если он сам захочет и будет повторять спокойно, можно это в виде игры продолжать, иначе следует переключить его внимание на другое занятие.

Одновременно по назначению врача проводится успокаивающее и общеукрепляющее лечение. Если ребенок не посещает для лечения заикания специальный детский сад или дневной стационар, а находится дома, то необходимо очень точно выполнять все предписания логопеда и врача. Лечение следует продолжать до полного прекращения заикания, длительно выдерживая детей в спокойном речевом режиме, постепенно развивая и укрепляя функцию речи, под контролем логопеда (если ребенок не посещал специальные группы детского сада или амбулаторные группы логопедического кабинета детской поликлиники).

Предупреждение рецидивов заикания. Наряду с высокой эффективностью раннего лечения заикания в 75% полного устранения заикания в дошкольном возрасте, оно имеет тенденцию к рецидивам. Причин рецидивов, выявленных при проверке катамнеза (проверки ведутся как авторами Советского Союза, так и ГДР), очень много, приводим основные из них: 1) смена жизненного стереотипа (нарушение режима дня, отдыха, питания); 2) перегрузка эмоциональной сферы (в результате частых посещений кино, просмотры телевизионных передач, тяжелые огорчающие переживания и т. д.); 3) перенесение различных инфекционных заболеваний и травм; 4) поступление ранее заикавшегося ребенка в школу (взаимоотношения с новым коллективом детей, с педагогами, повышенные требования в школе к речи; большая нагрузка на нервную систему, утомление); 5) переход из начальной школы в среднюю (увеличение количества предметов, новые преподаватели).

Особая сложность лечения заикания, а также предотвращение его рецидивов у школьников заключается в том, что речь для школьников — одна из необходимейших функций, ею они непрестанно должны пользоваться. Волнения, возникающие у школьника при необходимости устных ответов, особенно, если они неожиданны, могут вызвать сначала небольшие запинки в речи, а в случае неверного подхода к таким остановкам со стороны педагога или школьных товарищей, вылеченное заикание в дошкольном возрасте начинает снова беспокоить школьника.

Для того чтобы избежать этих рецидивов, необходимо знакомить широкий круг педагогов школ с особенностями школьника, страдавшего ранее заиканием.

Педагог является для школьника неопровержимым авторитетом, а для нервного ребенка, каким является заикающийся, поощрения педагога имеют иногда решающее значение в предотвращении рецидивов заикания. Ребенок

должен почувствовать, что его остановки в речи, которые происходят главным образом в моменты наибольшего эмоционального напряжения при ответах педагогу, не расцениваются как незнание урока и его не торопят с ответом. Большое значение имеет, когда школьников, ранее заикавшихся, не отстраняют от выступлений на праздничных утренниках. Чтение стихов им в большинстве случаев хорошо удается, а публичное выступление вселяет в них уверенность в своих возможностях хорошо говорить.

Нежелательно отстранение детей, поступающих в школу с остаточными формами заикания, от устных ответов, это отрицательно сказывается на их активности и на эмоционально-волевой сфере.

Наиболее доступной формой для профилактических мероприятий рецидивов заикания, а также для своевременной логотерапевтической помощи при возникших рецидивах является диспансерное наблюдение школьников, лечившихся от заикания в дошкольном возрасте. Психоневролог и логопед детской поликлиники, получив сведения о проведенном лечении заикания у детей (из логопедического санатория, логопедического стационара, специального логопедического детского сада, логопедического дневного стационара и др.), знакомятся с состоянием их речи. После этого детей, у которых имеются еще остаточные формы заикания, направляют в школьные группы или на индивидуальные логотерапевтические занятия, смотря по показаниям. Такая логотерапевтическая помощь особенно нужна детям в первые школьные годы, чтобы остаточные формы заикания не усугубили его.

Детям, у которых заикание не проявляется, рекомендуется 2 раза в год посещать логопеда для консультаций.

При такой диспансеризации логопед имеет возможность поддерживать связь с классным руководителем. Это особенно необходимо в случаях, когда у детей появляется неуверенность в речи, страх при ответах на уроках. Логопед в некоторых случаях может помочь советом педагогу, особенно молодому, объяснив, как велика будет его помощь, если он не будет торопить ребенка с ответом на заданный на уроке вопрос, так как ребенок, преодолев такую остановку, может затем спокойно продолжать ответ. Известно, как тяжело переживают школьники всех возрастов, когда им не дают досказать хорошо выученный урок и снижают оценку. В тех случаях, когда логопеду не удастся лично встретиться с классным руководителем школы, куда поступили дети из логопедического детского сада, рекомендо-

дуем ознакомиться с «письмом — обращением к педагогам», составленным логопедами ГДР.

Большую ценность приобретает диспансеризация, проводимая непосредственно учреждением, в котором дети лечились от заикания в дошкольном возрасте. Такая диспансеризация проводится, например, в детском дневном логопедическом стационаре, организованном в 1930 г. Эта диспансеризация, проводимая в течение всех лет, со дня основания стационара преследует следующие цели: во-первых, проверка эффективности лечения заикания в дошкольном возрасте; во-вторых, проведение всех профилактических мероприятий после поступления детей в школу; в-третьих, поддержание связи с классным руководителем 1-го класса, в котором учились бывшие пациенты и воспитанники логопедического дневного стационара.

Наблюдения проводятся следующим образом: после поступления детей в школу, спустя 2—3 недели, их вызывают на консультацию в логопедический дневной стационар. На этих консультациях логопед и врач, беседуя с ребенком, устанавливают, в какой помощи нуждается ребенок — в посещении ли школьной группы или в разовых консультациях. Школьная группа организовалась в тех случаях, когда в школу выписывались дети с остаточными явлениями заикания и нуждавшиеся еще в его долечивании. Дети очень охотно, 2 раза в неделю, после школьных занятий приходят в эту группу, любят рассказывать о жизни своего класса, о новых товарищах, о своих успехах и неудачах.

Все это имеет значение для логопеда, так как он узнает, в какой логотерапевтической помощи нуждается каждый ребенок, посещающий группу. Хорошая эффективность такой помощи школьникам объясняется тем, что дети, посещающие такую группу, лечились и наблюдались в этом учреждении в дошкольном возрасте, логопедам и врачу известны как речевое, так и психосоматическое состояние детей, а также и социально-бытовая окружающая обстановка; во многих случаях это помогает логопедам в беседах с педагогами школ, в которых учатся их пациенты.

Часто школьники, уже давно хорошо говорящие, приходят в такую школьную группу без специального вызова; а просто навестить и рассказать о своей учебе. Такие «открытые двери» детского дневного логопедического стационара имеют не только профилактическое, но и большое научное значение, так как таким образом собирается большой ка-тамнестический материал и учитывается эффективность применяемых лечебно-педагогических методов.

Б. Г. Па-
РСФСР, 1960.
П. К. Би-
Наука, 1968.
Н. М.
страхов при
и психиатр.,
Н. М.
вязчивых со-
1965, т. 65, в
Н. М.,
больных с за-
хиатр., 1974,
Н. М.
ной трениро-
с заиканием
Н. М.
Данные кл-
возраста, с
с. 25—30.
К.-П., С
нем./Под р-
Л. И
ным с заи-
нервной си-
хиатр., 197
Л.
циях у л-
1974, т. 7
Л.
нем. — У
Л.
1975, вы-
Л.
нии. — Ж
Бородич А.
1974.
Л.
Л.: 1981
Буянов М.
ния нев-

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ананьев Б. Г. Психология чувственного познания. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М.: Наука, 1968.
- Асатиани Н. М. Сравнительная характеристика синдрома навязчивых страхов при некоторых неврозах и шизофрении. — Ж. невропатол. и психиатр., 1961, т. 61, вып. 10, с. 1510—1519.
- Асатиани Н. М. Некоторые вопросы клиники и патогенеза невроза навязчивых состояний и психастении. — Ж. невропатол. и психиатр., 1965, т. 65, вып. 10, с. 1510—1516.
- Асатиани Н. М., Казаков В. Г. Клиническая характеристика взрослых больных с затяжными формами заикания. — Ж. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 4, с. 574—579.
- Асатиани Н. М., Белякова Л. И., Лубенская А. И. Влияние аутогенной тренировки на некоторые физиологические показатели у лиц с заиканием. — В кн.: Вопросы психотерапии. — М.: Медицина, 1973.
- Асатиани Н. М., Белякова Л. И., Калачева И. О., Мозговая Е. Л. Данные клинико-физиологического исследования детей дошкольного возраста, страдающих заиканием. — Дефектология, 1978, № 1, с. 25—30.
- Беккер К.-П., Совак М. (Becker K.-P., Sovak M.) Логопедия. Пер. с нем./Под ред. Н. А. Власовой. — М.: Медицина, 1981.
- Белякова Л. И. Сравнительная характеристика электромиограммы больных с заиканием на фоне органического поражения центральной нервной системы и невротических реакций. — Ж. невропатол. и психиатр., 1973, т. 73, вып. 5, с. 715—718.
- Белякова Л. И. О некоторых неспецифических физиологических реакциях у лиц, страдающих заиканием. — Ж. невропатол. и психиатр., 1974, т. 74, вып. 4, с. 565—568.
- Белякова Л. И. Особенности электроэнцефалограммы больных с заиканием. — Ж. невропатол. и психиатр., 1975, № 12, с. 1834—1837.
- Белякова Л. И. К вопросу о возникновении заикания. Дефектология, 1975, вып. 3, с. 86—89.
- Белякова Л. И. Нарушение функциональной системы речи при заикании. — Ж. невропатол. и психиатр., 1976, № 10, с. 1955—1958.
- Бородич А. М. Методика развития речи детей. — М.: Просвещение, 1974.
- Белякова Л. И. Клинико-физиологический анализ центральных патогенетических механизмов заикания. — Автореф. докторской диссертации, Л.: 1981, 44 с.
- Буянов М. И., Дранкин Б. З. Клиника, отграничение и принципы лечения невротического и неврозоподобного энуреза и заикания у детей

- и подростков. — В кн.: Неврозы и нарушения характера у детей. / Под ред. Ковалева В. В. — М., 1973.
- Васильева В. М., Воронин Л. Г., Некрасова Ю. Б. Некоторые данные о взаимоотношении речевого и ориентировочного рефлекса. — В кн.: Физиологические механизмы нарушений речи. — Л., 1967, с. 27—35.
- Власова Н. А. Принципы и методика перевоспитания речи у детей заик дошкольного возраста. — Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1932, т. 1, вып. 9—10, с. 582—591.
- Власова Н. А., Герценштейн Э. Н. Опыт работы с логоневротиками дошкольного возраста. — Ж. сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1939, т. VIII, вып. 9—10, с. 68—77.
- Власова Н. А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М.: Учпедгиз, 1955.
- Власова Н. А. (Wlassowa N. A., Behandlung des Stotterns bei Kindern im Vorschulalter. — Die Sonderschule, 1957, Bd 5, S. 193—204.
- (Власова Н. А.) Wlassowa N. A. Die Therapie des Stotterns bei Kindern. — In: Kongressbericht der Internationalen Arbeitstagung über Fragen der Rehabilitation, Dispensairebetreuung und Prä morbidity. — Leipzig: 1958, S. 699—701.
- (Власова Н. А.) Wlassowa N. A. Katamnestische Angaben von Personen, die wegen Stottern im Kindesalter und im Falle von rezidivierendem Stottern behandelt wurden. — Die Sonderschule, 1959, Bd 5, S. 230—235.
- (Власова Н. А.) Wlassowa N. A. Zur Entwicklung der emotionalen Sprache. — Die Sonderschule, 1961, Bd 5, S. 302—305.
- Власова Н. А. Профилактика и первая помощь при возникновении речевых расстройств у детей. — В кн.: Укрепляйте здоровье школьника. — М.: Мезгиз, 1962, с. 126—132.
- (Власова Н. А.) Vlassova N. A. La valeur de la methode complexe de traitement du begaiement chez les enfants. — Folia phoniatica, 1964, v. 16, p. 39—43.
- Власова Н. А. Анализ некоторых случаев рецидивирующего заикания по данным отдаленного катанеза. — Ж. невропатол. и психиатр., 1965, т. 65, вып. 5, с. 750—752.
- Власова Н. А. О заикании у детей дошкольного возраста. — Педиатрия, 1974, № 7, с. 82—85.
- Власова Н. А., Калачева И. О., Мокровская А. А. Лечебно-педагогическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими заиканием. Метод. рекоменд. Изд-во МЗ СССР. — М., 1979.
- Власова Н. А., Мокровская А. А. 50 лет дневному логопедическому стационару при Детской городской психоневрологической больнице № 6. — Ж. Невропатол. и психиатр., 1980, вып. 10, с. 1552—1554.
- Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности. — В кн.: Вопросы воспитания слепых, глухонемых и умственно-отсталых детей. — М., 1924, с. 5—32.
- Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1960.
- Гиляровский В. А. О психотерапии на коллективах невротиков. — Мед. ж., 1926, № 7, с. 54—61.
- Гиляровский В. А. К вопросу о генезе заикания у маленьких детей и роли его для общего развития личности и его лечение. — Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1932, т. I, вып. 9—10, с. 570—582.
- Гиляровский В. А. О нарушениях речи и мерах борьбы с ними. — В кн.: Вопросы патологии речи, т. 32(81). Харьков, 1959, с. 8—9.
- Гринер В. А. Логопедическая ритмика. — М.: Учпедгиз, 1958.

- Данилов И. В., Черепанов И. М. Патопфизиология логоневрозов. — Л., 1970.
- Жинкин Н. И. Механизмы речи. — М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1958.
- Запорожец В. В. Развитие произвольных движений. — М., 1960.
- Иванов-Смоленский А. Г. Пути взаимодействия экспериментальной и клинической патопфизиологии головного мозга. — М., 1965.
- Казakov В. Г. Сравнительное клинико-катамнестическое исследование больных, страдающих заиканием, прошедших лечение на разных этапах заболевания. — В кн.: Вопросы клиники и современной терапии психических заболеваний. — М., 1971, с. 571—575.
- Ковалев В. В. Непроцессуальные и неврозоподобные состояния у детей и подростков. — Ж. невропатол. и психиатр., вып. 10, 1971, с. 15—24.
- Ковалев В. В. Некоторые общие закономерности клиники пограничных состояний у детей и подростков. — Ж. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 10, с. 15—25.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., Изд-во Медицина, 1979.
- Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. М.: Сов. Россия, 1973.
- Кочергина В. С. Роль органического поражения нервной системы в патогенезе заикания у взрослых. — Ж. невропатол. и психиатр., 1971, вып. 12, с. 1790—1794.
- Кронфельд А. С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. — В кн.: Труды Института психиатрии им. Ганнушкина. — М., 1940, вып. 5, с. 45—56.
- Крупская Н. К. О дошкольном воспитании. — М.: Просвещение, 1973.
- Крышова Н. А., Штейнгарт К. М. Некоторые особенности функций речедвигательного анализатора у заикающихся. — Труды Ленинградского научного общества невропатологии и психиатрии, 1968, т. 13, с. 169—180.
- Куршев В. А. Заикание. — М.: Медицина, 1973.
- Лебединский М. С., Бортник М. В. Значение психотерапии у невротиков. — В кн.: Социальная реадaptация психически больных. — М., 1965, с. 242—249.
- Левина Р. Е. Об эмоциогенных факторах заикания, возникающих в процессе формирования произвольной речи. — Дефектология, 1981, № 1, с. 7—13.
- Лурия А. Р. Роль слова в формировании временных связей в нормальном и аномальном развитии. — М.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1955.
- Ляпидевский С. С. Некоторые вопросы этиологии патогенеза и терапии логоневрозов (заикания). — Ученые записки Мос. гос. пед. ин-та, 1960, т. 153, вып. 8, с. 195—208.
- Немчин Т. А. К вопросу о состоянии страха при неврозах. — В кн.: 4-й Всесоюзный съезд невропатологии и психиатрии. Т. 1, 1963, с. 333.
- Неткачев Г. Д. Заикание, его сущность и лечение у детей и взрослых. — М., 1909.
- Неткачев Г. Д. Клиника и психотерапия заикания. — М., 1913.
- Оганесян Е. В., Белякова Л. И. Обоснование принципов дифференцированного применения логопедической ритмики в коррекционной работе со взрослыми заикающимися. — Дефектология, 1982, № 1, с. 3—9.
- Пайкин М. О. О существующих теориях заикания. — Харьков, 1941.

- Платонова Г. П. Электромиографические исследования при изучении патологии речи. — В кн.: Вопросы психиатрии. Вып. 4. — М., 1960, с. 330—337.
- Ремизова Е. С., Темкин Н. М. Некоторые вопросы клиники и терапии затяжных форм заикания. — В кн.: Вопросы патологии речи. — Харьков, 1959, с. 183—189.
- Рычкова Н. А. Состояние произвольной двигательной деятельности и речи детей дошкольного возраста с невротической и неврозоподобной формой заикания. — Дефектология, 1981, № 6, с. 73—77.
- Сикорский И. А. О заикании. — М., 1889.
- Соколов А. М. Внутренняя речь и мышление. — М.: Просвещение, 1968.
- Тартаковский И. И. Психология заикания и коллективная психотерапия. — М., 1934.
- Тимофеева А. Н., Замахвер Ш. М., Волынкина Г. Ю. Особенности электромиограммы артикуляторной мускулатуры в динамике различных эмоциональных состояний. — В кн.: Тезисы 22-го совещания по проблемам высшей нервной деятельности. — М., 1969, с. 238.
- Тяпугин Н. П. Заикание. — М.: Медицина, 1966.
- Упрямый И. И. Наш коллективно-психологический метод. — В кн.: Речевые нарушения. — М., 1930.
- Ухтомский А. А. Очерки физиологии нервной системы. — Л., 1945.
- Ушинский К. Д. Собрание сочинений. Т. 2. — М. — Л.: Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1948.
- Флоренская Ю. А., Ходорова З. С. Методика лечения тахилалии коллективно-психологическим методом. — Сов. невропатол., психиатр. и психогиг., 1935, т. 4, вып. 8, с. 119—128.
- Флоренская Ю. А. Клиника и терапия нарушений речи. — М., 1949.
- Фрейдин Ю. Л. Клинические особенности заикания у юношей. — Дефектология, 1979, № 6, с. 9—16.
- Хмелевский В. Ф. Заикание, его сущность, причины, предупреждение и лечение. — Одесса: 1897.
- Чевелева Н. А. К вопросу о заикании у детей. — Дефектология, 1977, № 1, с. 20—23.
- Черепанов И. М. Особенности напряжения некоторых мышц речевого аппарата и корреляция их с изменениями на ЭЭГ у больных лого-неврозом. — Ж. невропатол. и психиатр., 1965, т. 65, вып. 11, с. 1721—1725.
- Шостак Б. И. О некоторых расстройствах моторики при заикании. — В кн.: Очерки патологии речи и голоса. Вып. 3. — М., 1967, с. 148—169.
- Эльконин Д. Т. Детская психология. — М.: Учпедгиз, 1960.
- Юсевич Ю. С. Электромиография тонуса скелетной мускулатуры человека в норме и патологии. — М.: Наука, 1963.
- Albrecht G. Über den Einfluss des Stotterns auf die Persönlichkeit. Selbstzeugnisse stotternder Jugendlicher und Erwachsener. Manuskript (unveroff). — Berlin: 1975.
- Becker K.-P. Zur Frage der Brauchbarkeit der ambulanten Behandlung von Stotternden schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen. Diss. Humboldt — Universität zu Berlin, 1958.
- Becker K.-P. Bildung, Erziehung und Therapie stotternder Schüler. — Die Sonderschule, 1965, Bd 10, 2. Beiheft.
- Becker K.-P. Die Behandlung des Stotterns im System des Sprachheilwesens. — Die Sonderschule, 1970, Bd 15, S. 49—55.
- Becker K.-P., Brockel B. Stottertherapie nach sowjetischen Erfahrungen

- im Sprachheilkindergarten. — Die Sonderschule, 1960, H. 5, S. 32—38.
- Becker K.-P., Sovak M. Logopädie. — Berlin: Verl. Volk und Gesundheit, 1971.
- Becker K.-P., Stange G. Katamnestische Untersuchungen nach einem Kuraufenthalt. — Die Sonderschule, 1965, Bd 10.
- Becker K.-P., Stange G. Beurteilung von Bildung Erziehung und Therapie stotternder Kinder. — Die Sonderschule, 1966, Bd 11, S. 333—343.
- Becker K.-P., Suhrweier H. Sprachstörungen im Kindesalter — ihre Verteilung und ihr Einfluss auf die Schulleistungen. — Folia Phoniatica, 1962, Bd 14, S. 288—304.
- Becker R. Zur Problematik der Frühbehandlung sprachgestörter Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Motorik, Inauguraldiss. — Berlin: 1957.
- Becker R. u. др. Fruherziehung geschädigter Kinder. — Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1978.
- Becker K.-P., Elstner W. Störungen des Redeflusses. — Berlin: Verl. Volk und Gesundheit, 1980.
- Beger A. Vergleichende Untersuchung zum motorischen Leistungsverhalten unbehinderter Kinder. Diss. Humbolt — Universität zu Berlin, 1972.
- Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie — Berlin — Göttingen — Heidelberg: 1955.
- Blumel C. Stuttering. A Psychiatric View-Point. — J. of Speech a. Hear. Dis., 1958, v. 3, p. 263—267.
- Bode R. Rhythmus und Körpererziehung. 2. Aufl. — Jena, 1925.
- Bode R. Musik und Bewegung. — Frankfurt/Main: Limpert — Verl., 1953.
- Carrie W. Die Bekämpfung von Sprachleiden unter der Schuljugend. — Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, 1921, H. 181, S. 181.
- Claus G., Ebner H. Grundlagen der Statistik. — Berlin: 1967.
- Daskalov D., Athanassov A. Pathophysiologische Grundlagen und Behandlung des Stotterns. — Die Sonderschule, 1961, 6, Jg., H. 1, S. 32.
- Denhardt R. Das Stottern, eine Psychose. — Berlin: 1890.
- Destunis G. Milieuschädigung und Kinderneurose. — In: Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie. — Jena: Fischer Verl., 1961, H. 21.
- Engels F. Der Anteil der Arbeit and der Menschwerdung des Affen. — Berlin: Dietz Verl., 1952.
- (Froschels E.) Фрешельс Э. Заикание. Ассоциативная афазия. Пер. с нем. — М. — Л.: Гос. мед. изд-во, 1931.
- Göllnitz G. Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschäden für die Kinderpsychiatrie. — Leipzig: VEB Georg Thieme, 1954.
- Göllnitz G. Neuropsychiatrie des Kindes — und Jugendalters. — Jena: 1970.
- Gundlach H. Systembezeichnungen körperlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten. — Theorie und Praxis der Körperkultur, 1968, 17. Beiheft: Sozialismus und Körperkultur, Teil 2, S. 198—205.
- Gutzmann H. Das Stottern. 1898.
- Gutzmann H. Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. — Berlin: 1893, 2. Aufl., 1912; 3 Aufl., 1924.
- Hansen K. Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. — Halle, Saale: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1929.

- Hasenkamp E.* Bericht über die Verhandlungen auf der Tagung in Halle a. d. Saale, 23—25 Mai 1929. — Halle/Saale: Carl Marhoff Verlagsbuchhandlung, 1930.
- Hoepfner Th.* Zur Klinik und Systematik der assoziativen Aphasie. — Z. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, 1922, Bd 79, H. 1/3.
- Isaacsohn A.* Katamnestische Untersuchungen an Stotterern und Schlussfolgerungen für die künftige Früherkennung und Früherziehung von Stotterern. Diplomarbeit Humboldt-Universität zu Berlin, 1972.
- Johnson W.* A study of onset and development of stuttering. — J. of Speech Disorders, 1942, V. 7.
- Klages L.* Vom Wesen des Rhythmus Kampen auf Syll. 1934.
- Kleinsorge H., Klumbies G.* Technik der Relaxation. — Jena: VEB Gustav Fischer Verl., 1962.
- Kuffler St., Hunt C. C., Ouilliam J. R.* Function of Modulated Smallnerve fibres in mammalian ventral roots effirent muscle cpindle Innervation. — J. Neurophysiology, 1951, v. 14, p. 29.
- Kussmaul A.* Die Störungen der Sprache. 4. Aufl. — Leipzig: 1910.
- Leonhard K.* Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeiten. — Berlin: VEB Verl. Volk und Gesundheit, 1963.
- Liebmann A.* Vorlesungen über Sprachstörungen. 1. Heft: Die Pathologie und Therapie des Stotterns mit Übungstafeln im völlig normaler Sprache. — Berlin, 1924.
- Marcusson H.* Gesundheitslehre. — Berlin: Volk und Wissen, 1956.
- Metzger W.* Frühkindlicher Trotz. — Basel: Verl. S. Karger, 1956.
- Neser H., Schmidt C.* Zur Methodik der medizinisch — logopädischen Komplexbehandlung therapieresistenter Kindlicher Stotterer in einem Sanatorium. — Sammelband, Störung des Redeflusses. — Berlin: Verl. Volk und Gesundheit, 1980.
- Nessel E.* Die verzögerte Sprachrückkopplung bei Stotterern. — Folia Phoniatrica, 1958, Bd 10.
- Pavlova-Zahalkova A.* Komplexe Schlaftherapie des Stotterns. — Die Sonderschule, 1970, 15. Jg., 1. Beiheft, S. 3—20.
- (Peiper A.) Пеүнер A.* Особенности деятельности мозга ребенка. — М.: 1962.
- Petrak H.* Zur Umerziehung stotternder Kinder innerhalb des logopädischen Prozesses an einer Sprachheilschule. Diss. Humboldt-Universität zu Berlin, 1973.
- Prochazka V.* Einige hypothetische Faktoren der sogenannten Gewandtheit. — Teorie a praxe telesne vychovy, Praha, 1970, Bd 18, S 1 (tschech).
- Rössler A.* Festrede zum 25-jährigen Jubiläum der Sprachheilschule Halle/Saale. Zitiert nach: Heindorf H. 50 Jahre Eprachheilschule Halle. — Z. f. d. ges. Hygiene und ihre Grenzgebiete, 1962, Bd 8.
- Rothe K. C.* Das Stottern die asoziative Aphasie und ihre heilpädagogische Behandlung. — Wien: 1925.
- Rubinstein S. L.* Das Denken und die Wege seiner Erforschung. — Berlin: 1961.
- Schmidt-Kolmer E.* Verhalten und Entwicklung des Kleinkindes. — Berlin: Akademie Verl., 1960.
- Schnabel G.* Die koordinativen Eähigkeiten und das Problem der Gewandtheit. — Theorie und Praxis der Körperkultur, 1973, Bd 22, S. 263—269.
- Schultz J. H.* Das Autogene Training. Leipzig, 1932; 12. Aufl. — Stuttgart: George Thieme Verl., 1960.
- Schwabe Chr.* Musiktherapie bei Neurosen und fkt. Störungen. — Jena: VEB Gustav Fischer Verl., 1969.

- (Seeman M.) Сеeman М. Расстройство речи в детском возрасте. — М.: Медгиз, 1962.
- Seeman M. Sprachstörungen bei Kindern. — Berlin — Jena: Volk und Gesundheit Verl., 1965.
- Smith. Das Anwachsen des Wortschatzes. Zitiert nach: Rubinstein S. L. Grundlagen der allgemeinen Psychologie. — Berlin: Volk und Wissen Verl., 1958.
- Sodreberg G. Delayed Auditory Feedback and Stuttering. — J. of Speech a. Hearing Disorders, 1968, v. 33, p. 260—267.
- (Sovak M.) Совак М. Патогенез заикания с точки зрения рефлексов. — В кн.: Симпозиум по вопросам заикания у детей. — М.: Медгиз, 1962.
- Stange G. Erziehung, Bildung und Therapie stotternder Kinder in einem Kinderkurheim. — Die Sonderschule, 1970, 15. Jg., 1. Beiheft, S. 21—48.
- Steininger F. Einiges über die Organisation des Sprachheilunterrichts in Deutschland. — Die deutsche Sonderschule, 1942, Bd 9.
- Suhrweier H. Beurteilung geschädigter Kinder. — Berlin: Volk und Wissen Verl., 1974.
- Szewczyk H. Zur Frage der Umwelteinwirkung auf den Jugendlichen. — In: Sammlung zwangloser Anhandlungen aus dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie, H. 21, — Jena: Veb Gustav Fischer Verl., 1961.
- Vollbrecht A. Katamnestische Untersuchungen zum sprachlichen und schulischen Leistungsstand an Stotterern, die ehemals die Sprachheilschule besuchten. Diss. Humboldt-Universität zu Berlin, 1975.
- Webster R. L., Lubker R. B. Interrelationships among Fluency Producing Variables in Stuttered Speech. — J. of Speech. a. Hearing Disorders, 1968, v. 33, p. 754—766.
- Wendlandt W. Resozialisierung erwachsener Stotterer. — Berlin — Charlottenburg: 1972.
- Werner R. Das verhaltensgestörte Kind. — Berlin: VEB Deutscher Verl. der Wissenschaften, 1967.
- Weuffen M. Untersuchungen der Wortfindung bei Jugendlichen im Alter von 8—16 Jahren. — Folia phoniatica, 1961, Bd 13.
- Weuffen M. Katamnestische Untersuchungen von Stotterern im Erwachsenenalter. — Die Sonderschule, 1981, H. 5, S. 277—281.
- Zschocke H.-G. Die Entwicklung des Sprachheilwesens in Leipzig. — Die Sonderschule, 1969, 14. Jg., H. 4.
- II. Wissenschaftliche Konferenz des Instituts für Sonderschulwesen der Humboldt-Universität zu Berlin 1963. Konferenzbericht. — Berlin: Volk und Wissen Verl., 1964.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ко второму изданию	
Предисловие к первому изданию	
Введение	
Глава 1. К истории проблемы заикания. <i>Н. А. Власова, СССР, К.-П. Беккер, ГДР</i>	
Глава 2. Этиология заикания. <i>Н. А. Власова, К.-П. Беккер, ГДР, Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, В. Г. Казаков, СССР</i>	
Глава 3. Патофизиологические механизмы заикания. <i>Л. И. Белякова, СССР</i>	
Глава 4. Симптоматика и течение заикания. Основные принципы медико-педагогического метода лечения заикания. <i>К.-П. Беккер, ГДР, Н. А. Власова, Н. М. Асатиани, Л. И. Белякова, В. Г. Казаков, СССР</i>	
Глава 5. Комплексный метод лечения заикания у детей дошкольного возраста в условиях дневных стационаров и специальных детских садов. <i>Н. А. Власова, СССР</i>	1
Глава 6. Комплексный метод устранения заикания у детей школьного возраста. <i>К.-П. Беккер, ГДР</i>	1
Глава 7. Опыт изучения влияния отдельных факторов на эффективность лечения заикания у школьников. <i>В. Хей, ГДР</i>	1
Глава 8. Заикание у взрослых. <i>Н. М. Асатиани, СССР</i>	18
Глава 9. Катамнез. <i>В. Г. Казаков, СССР</i>	22
Глава 10. Профилактика заикания. <i>Н. А. Власова, СССР</i>	2
Список литературы	2

ЗАИКАНИЕ

Зав. редакцией *В. С. Залевский*
 Редактор издательства *Н. Н. Павлова*
 Художественный редактор *О. С. Шанецкий*
 Технический редактор *А. М. Миронова*
 Корректор *Т. В. Ульянова*

ИБ № 3165

Сдано в набор 17.09.82. Подписано к печати 16.12.82. Т-15802. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Бум. тип. № 1. Литер. гарн. Печать высокая. Усл. печ. л. 13,4. Усл. кр.-отт. 13,44. Уч.-изд. л. 15,98. Тираж 20 000 экз. Заказ 541. Цена 1 р. 30

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петровский пер., 6/8.

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 11310. Нагатинская ул., д. 1.

а. Н. А. Власова,
Власова, К. П. Бек-
и, Л. Н. Белякова,
мы заикания. Л. Н. Бе-

ания. Основные принци-
тода лечения заикания.
Власова, Н. М. Аса-
В. Г. Казаков, СССР
заикания у детей до-
х дневных стационаров
Н. А. Власова, СССР

ия заикания у детей
ккер, ГДР

ных факторов на эф-
у школьников. В. Хей.

сатни, СССР

ССР

Власова, СССР

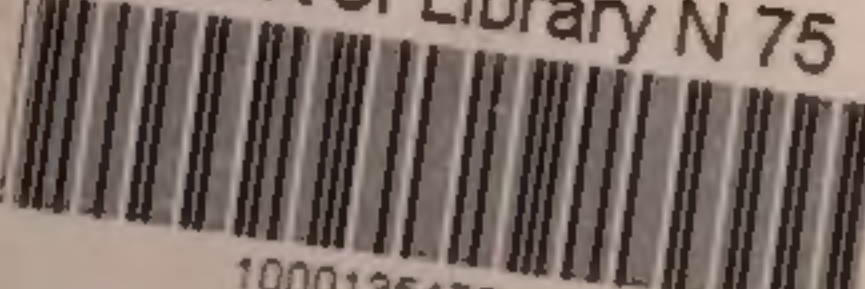
мезский
Павлова
Шанецкий
Миронова
нова

1282. Т-15802. Формат Сумм
Павлова. Усл. печ. л. 13.1
Заказ 541. Цена 1 р. 30
«Медицина», Москва, Петр
при Государственном комите-
торговли Москва, 1131

10. 100R

10. 100R

BOOK of Library N 75



1000135475

